

# **Fremveksten av en supplerende helsetjeneste?**

**Det private helseforsikringsmarkedet er i sterk vekst – dette samtidig som  
det offentlige helsetilbudet aldri har vært mer omfangsrikt**

**Asbjørn Seim, kull XVII, Institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO**

## Sammendrag

Aldri tidligere har det offentlige anvendt en større andel av samfunnets ressurser på å sørge for helsetjenester til befolkningen. I 2006 ble om lag hver sjetten krone over statsbudsjettet direkte disponert til formålet. Samtidig er befolkningens vilje til å ivareta egen helse via private helseforsikringer sterkt økende gjennom de siste ti årene. Private helseforsikringer var stort sett fraværende i Norge frem til andre halvdel av 1990-tallet. Siden har fenomenet økt betydelig i omfang, særlig etter tusenårsskiftet.

Denne undersøkelsen er utformet i den hensikt å forklare grunnlaget for utviklingen i omfanget av private helseforsikringer. Dette særlig i tilknytning til at arbeidslivet ser ut til å være den arenaen hvor slike forsikringer tegnes i størst omfang.

Datamaterialet ble hentet inn ved postal survey sendt til 2500 bedrifter med to eller flere ansatte våren 2005. Svarandelen var 0,43. Variasjon i sannsynligheten for å ha kjøpt helseforsikring forklares ved logistisk regresjon med utgangspunkt i variabler som beskriver bedriftens økonomiske resultat, ansattes forventede sykkelighet beskrevet ved kjønns- og alderssammensetning, virksomhetens risikoprofil beskrevet ved hvilken næringskategori bedriften tilhører, virksomhetens størrelse, samt andre relevante variabler.

I overkant av 75 000 personer, eller vel 1,6 prosent av befolkningen, anslås å ha private helseforsikringer ved utgangen av juni 2006. Omlag 75 prosent (ca. 55 000) av personene med private helseforsikringer er forsikret gjennom avtaler i bedriftsmarkedet, de resterende gjennom individuelle avtaler med forsikringsselskapene. De som har privat helseforsikring gjennom bedriftsmarkedet utgjør omlag 2,4 prosent av landets sysselsatte.

Sannsynligheten for å ha kjøpt privat helseforsikring øker med virksomhetens økonomiske resultat, med andelen yngre arbeidstakere og med de ansattes utdanningsnivå. Sannsynligheten for å ha kjøpt helseforsikring er høyere i næringskategorier med antatt høyere eksponering for helserisiko som jord- og skogbruk, bergverk og utvinning og bygge- og anleggsvirksomhet enn i andre næringskategorier. Virksomhetens størrelse målt ved antall ansatte har svak negativ effekt på sannsynligheten for å ha privat helseforsikring. Vi har indikasjoner på at private helseforsikringer benyttes som virkemiddel for å tiltrekke og beholde særlig attraktiv arbeidskraft.

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>2</b>
<b>1. PRIVATE HELSEFORSIKRINGER I STERK VEKST.....</b>	<b>7</b>
1.1. Innledning.....	7
1.2. Problematisering.....	8
Problemstilling .....	10
Hva vet vi om private helseforsikringer i Norge? .....	10
Et stadig mer kjært barn har bare ett navn! .....	11
1.3. Kapittelstruktur .....	12
1.4. Et begrepsapparat .....	13
Instrumentell rasjonalitet som grunnlag for beslutninger om private helseforsikringer .....	14
Beslutninger om private helseforsikringer som refleks av det moderne.....	16
<b>2. DE SENERE ÅRS UTVIKLING I HELSETJENESTEN; GRUNNLAGET FOR ET BRUDD MED NORSK HELSEPOLITISK TRADISJON? .....</b>	<b>21</b>
2.1. Innledning.....	21
2.2. Offentlig sektor – fra myndighetsutøvelse til tjenesteyting.....	22
Brukerrollen .....	22
Et tjenestetilbud tilpasset den enkeltes behov .....	23
Reformplattformen .....	24
2.3. Et helsepolitisk skifte.....	25
Organisering av risiko .....	25
Organisering og finansiering av helsetjenestesystemer .....	26
Utviklingen i finansieringsordninger i norsk helsevesen.....	28
Nytt eierskap – ny organisasjonsform .....	30
Ulike reformer demonstrerer en felles retning .....	32
Fastlegeordningen .....	32
Trygdeetatens kjøp av helsetjenester.....	33
Utvidede pasientrettigheter - fra pasient til kunde.....	33
2.4. Ulike reformer – felles reformideologi – felles retning .....	34
<b>3. PRIVAT HELSEFORSIKRING I NORGE; KORT HISTORIE – RASK FREMVEKST.....</b>	<b>36</b>

<b>3.1.</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2.</b>	<b>Privat helseforsikring i utvalgte land i OECD-området; et norsk forbilde? .....</b>	<b>36</b>
	Privat helseforsikring i OECD .....	37
	Privat helseforsikring har ulik betydning i ulike OECD-land .....	37
	OECD-landenes erfaringer? Hvordan beskrives effektene av privat helseforsikring? .....	39
<b>3.3.</b>	<b>Det norske tilbudet av private helseforsikringer.....</b>	<b>41</b>
	Vertikal Helseassistanse AS .....	41
	Skandia Forsikring .....	43
	Storebrand Helseforsikring AS .....	45
	Beløp i kroner per år.....	46
<b>3.4.</b>	<b>Hvor omfattende er fremveksten av private helseforsikringer i Norge? .....</b>	<b>46</b>
	Hvorfor denne veksten i privat helseforsikring? .....	49
<b>3.5.</b>	<b>Endrede skatteregler stimulerte det private helseforsikringsmarkedet.....</b>	<b>51</b>
<b>3.6.</b>	<b>Økt handlingsrom for privat helseforsikring .....</b>	<b>52</b>
<b>4.</b>	<b>AVINOR AS; HELSE KOSTER PENGER – ELLER HELSE SOM BEDRIFTSØKONOMI? .....</b>	<b>54</b>
<b>4.1.</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>54</b>
<b>4.2.</b>	<b>Fra verk til selskap .....</b>	<b>54</b>
<b>4.3.</b>	<b>Aksjeselskapsdannelsen en nødvendig forutsetning for privat helseforsikring .....</b>	<b>56</b>
<b>4.4.</b>	<b>Kostnad versus Nytte.....</b>	<b>57</b>
	Ulike kost-nyttevurderinger .....	58
	Fremgangsmåte .....	59
<b>4.5.</b>	<b>Større nytte enn kostnad? .....</b>	<b>60</b>
	Kostnadselementer .....	60
	Forsikringskostnaden .....	60
	Sykefraværskostnader .....	60
	Indirekte sykefraværskostnader.....	62
<b>4.6.</b>	<b>Nytteelementer .....</b>	<b>63</b>
	Reduserte kostnader knyttet til sykefravær .....	63
	Virksomhetskritisk arbeidskraft .....	64
	Avinor som moderne arbeidsgiver .....	64

Helseforsikring som et redskap i omstillingsøyemed .....	65
Andre nyttebetraktninger .....	66
<b>4.7. En intuitiv kost-nytteanalyse? .....</b>	<b>66</b>
Omfattende og stigende bruk av selskapets helseforsikring .....	67
Pasientkarakteristika .....	68
Lønnsomhetsvurdering .....	68
<b>4.8. Oppsummering; nyttebevisst arbeidsgiver! .....</b>	<b>71</b>
 <b>5. ANALYSE. TO HISTORIER; EN KONVENSJONELL OG EN KONTROVERSIELL! .....</b>	 <b>73</b>
<b>5.1. Innledning .....</b>	<b>73</b>
<b>5.2. Fremgangsmåte .....</b>	<b>74</b>
Utvalgsorganisering .....	74
Spørreskjema .....	75
Prosessering av datamateriale .....	76
<b>5.3. Beskrivende statistikk .....</b>	<b>76</b>
Generelle karakteristika .....	76
Hvor omfattende er omfanget av private helseforsikringer? .....	77
Helseforsikring for Jørgen Hattemaker eller Kong Salomon? .....	78
I hvilken grad anvendes forsikringen? .....	79
Forsikringskundernes vurdering av kvaliteten i helsetilbudet .....	79
Hva arbeidsgivere kan om "helsepolitikken?" .....	80
Hva er de sentrale begrunnelsene for privat helseforsikring blant norske arbeidsgivere? .....	81
<b>5.4. Under hvilke forutsetninger er det sannsynlig at arbeidsgiver velger private helseforsikringer? .....</b>	<b>83</b>
<b>5.5. Avhengig variabel; omfanget av private helseforsikringer .....</b>	<b>85</b>
<b>5.6. Uavhengige variable .....</b>	<b>85</b>
Geografi .....	86
Omsetning og virksomhetsresultat .....	86
Alder og kjønn .....	86
Type næring .....	87
Kunnskap om helsepolitikken .....	87
Vurdering av sykefraværskostnader .....	87
Ansattes krav om privat helseforsikring .....	87
<b>5.7. Analyse .....</b>	<b>89</b>

5.8.	Private helseforsikringer – for hvem? To historier .....	93
6.	AVSLUTNING; HVA ER DET SOM SKJER? .....	97
6.1.	Innledning.....	97
6.2.	Hvordan skal vi forstå utviklingen i omfanget av private helseforsikringer? .....	98
6.3.	Begrepenes grep om virkeligheten .....	102
6.4.	Epilog .....	104
	APPENDIKS. SPØRRESKJEMA .....	106
	LITTERATUR .....	110

# 1. Private helseforsikringer i sterk vekst

## 1.1. Innledning

Det knytter seg betydelig usikkerhet til den enkeltes og det kollektives fremtidige behov for helsetjenester. Denne usikkerheten gjør seg gjeldende på flere plan; på både etterspørsels- og tilbudssiden, og er knyttet til både tidspunktet behovet for helsetjenester oppstår og omfanget av dette behovet.

Denne usikkerheten skaper behov for forsikringsordninger. Slike ordninger kan organiseres og finansieres på ulike måter. Frem til for få år siden har helsetjenester i Norge bortimot utelukkende vært organisert som et offentlig tjenestetilbud finansiert via et skattebasert system. I all hovedsak er det norske helsevesen finansiert via statsbudsjettet og trygdesystemet (ulike refusjonsordninger).

De siste 10-15 årene har det vært en tendens til at helsetjenestene i økende grad finansieres privat, både via pasientenes egenbetalinger (egenandeler) og via økt forbruk av privat organisert og finansiert tilbud av helsetjenester.<sup>1</sup> Denne utviklingen ble gradvis forsterket gjennom 90-tallet.

Enkelte utviklingstrekk i andre halvdel av 90-tallet representerer imidlertid et prinsipielt brudd med det tradisjonelle grunnlaget for organisering av helsetilbudet og finansieringen av helsetjenestene i Norge.

Da ble private helseforsikringer tilgjengelige via norske forsikringsselskaper. Frem til 2000 har etterspørselen etter slike forsikringstilbud vært relativt svak. Likevel har stadig nye forsikringsaktører gradvis etablert helseforsikringstilbud og i dag er helseforsikring, i en eller annen variant, et tilbud hos de fleste større forsikringsselskap – og markedet for slike forsikringer ser ut til å være i betydelig vekst. Denne studien undersøker hvordan den betydelige veksten i private helseforsikringer skal forstås og forklares.

---

<sup>1</sup> Sæther, E M og Olsen, I T (1997): 96 % public? The private/public mix in the Norwegian health sector. Her fremheves bl a at det offentliges andel av de samlede utgiftene til helse er redusert fra 89 prosent i 1988 til 85,6 prosent i 1993. Dette indikerer en omfordeling av kostnader mellom staten og den enkelte pasient via økte egenandeler.

## 1.2. Problematisering

Utgangspunktet for studien knyttes til at det offentlige aldri tidligere har prioritert befolkningens helsetilbud høyere. Det offentlige anvender omlag hver 6. krone over statsbudsjettet på å tilby befolkningen helsetjenester.<sup>2</sup> Innsatsen i den somatiske spesialisthelsetjenesten øker langs flere sentrale parametere og fremstår med et stadig høyere volum i tjenestene, tilbudt med kortere ventetid enn for noen år tilbake og med et lavere relativt kostnadsnivå.<sup>3</sup>

Det er siden 1997 gjennomført flere omfattende og dyptgripende reformer i organisering og finansiering av det offentlige helsetilbudet. Velferdssystemet garanterer i større grad enn noen gang tilgangen på helsetjenester for alle, levert stadig raskere. Kø- og ventetidsproblematikken som preget den helsepolitiske debatten gjennom 1980 og 1990-tallet har vært mindre fremtredende de siste årene.

Dagsavisen hadde sommeren 2003 et oppslag som viste til at antallet private helseforsikringer hadde økt fra 20.000 i oktober 2002 til 40.000 ved utgangen av juni 2003. 10. oktober 2005 hadde Dagsavisen et nytt oppslag om utviklingen: "Privat helseforsikring har hatt en eksplosiv økning så langt i år, etter å ha vært et nesten ukjent fenomen i Norge for bare noen år tilbake....Over 60.000 nordmenn har nå privat helseforsikring." Den relative veksten synes sterk. En spørreundersøkelse gjennomført av MMI (Markeds- og mediainstituttet) i desember 2003 viste at mer enn halvparten av de spurte kunne tenke seg å tegne en privat helseforsikring.<sup>4</sup> Det ser ut til at befolkningens tilbøyelighet til å vurdere private helsetilbud er i endring.

Temaet for denne undersøkelsen kan spissformuleres:

---

<sup>2</sup> Jf. St. prp. nr 1 (2005-2006) Helse- og omsorgsdepartementet og St. prp. nr 1 (2005-2006) Arbeids- og sosialdepartementet

<sup>3</sup> Kostnadene til drift av den somatiske spesialisthelsetjenesten hadde en realvekst på 3,1 prosent fra 2003 til 2004. I samme periode var den samlede veksten i årsverk 0,5 prosent; herav 4 prosent vekst i antall legeårsverk. Bruken av sykehustjenester (døgnoophold og dagbehandling) økte med 4,3 prosent. Samtidig ble driftskostnadene per korrigerte opphold redusert med 1,3 prosent og indikerer således økt produktivitet. Fra 2003 til 2004 økte samtidig teknisk effektivitet (0,4 prosent) og kostnadseffektivitet (1,2 prosent). Jf. Ronny Jørgenvåg (2005): *SAMDATA Somatikk 2004. Sammenlikningsdata for den somatiske spesialisthelsetjeneste 2004*. SINTEF Helse rapport 1/05

<sup>4</sup> Markeds- og mediainstituttet gjennomførte i desember 2003 en spørreundersøkelse på vegne av ukebrevet Mandag Morgen. 1041 personer ble intervjuet.



- Det offentliges engasjement for å produsere og levere helsetjenester er på et historisk høyt nivå og er også eksepsjonelt høyt i internasjonal målestokk. Samtidig er veksten i antallet private helseforsikringer og befolkningens vilje til å tegne slike forsikringer sterkt økende. Denne utviklingen synes paradoksalt ved at den ser ut til å bryte fundamentalt med den veletablerte norske helsepolitiske tradisjonen, kjennetegnet ved et sterkt offentlig engasjement og en utbredt kollektiv motstand mot privat organiserte og finansierte helsetjenester.

Hvordan kan den sterke veksten i private helseforsikringer forstås og forklares? Hvorfor velger enkelte virksomheter å kjøpe private helseforsikringer? Medfører utviklingen en ny arbeidsdeling mellom offentlig og privat produksjon og finansiering av helsetjenestene? I Sverige har et av länen (Östergötland) reservert seg mot å dekke befolkningens kostnader til helsetjenester for 50 diagnoser og krevd at den enkelte selv må ta stilling til organisering av kostnadsdekning for helsetjenester relatert til en av disse diagnosene.<sup>5</sup>

Forklaringene på denne utviklingen skal sannsynligvis søkes på mange plan. Enkelte ser utviklingen som en respons på økt usikkerhet knyttet til det offentliges fremtidige leveranser av helsetjenester<sup>6</sup>, andre som en supplerende ordning for ”ekstra trygghet.”<sup>7</sup> Forsikringsbransjen markedsfører private helseforsikringer som et bidrag til å avlaste det offentlige behandlerapparatet,<sup>8</sup> redusere sykefraværskostnader for virksomheten og samfunnet, og for å ” redusere den offentlige sykehuskøen.”<sup>9</sup> Andre hevder at private helseforsikringer representerer et virkemiddel for arbeidsgivere som ønsker å beholde og rekruttere den mest kompetente arbeidskraften.

Denne utviklingen settes i sammenhengen med *tre* sett av forklaringer:

---

<sup>5</sup> Flere regioner har varslet at de vil følge etter, (bl.a. Västra Götaland og Västerbotten), jf. Ekspresen, 30 oktober 2003. Svenska Dagbladet har en tilsvarende sak 3 november 2003: ”Flera landsting planerar att följa efter Östergötlands beslut att utesluta vissa diagnoser ur sjukvårdsförsäkringen.” En tilsvarende debatt om prioritering av lidelser i norsk helsevesen synes å være i emning. I Aftenposten 16 januar 2004 refereres legeforeningens daværende president Hans Petter Bakke: ”Legeforeningen krever strammere prioritering i helsevesenet og foreslår økt egenbetaling for lidelser som ikke er alvorlig.”

<sup>6</sup> Kåre Hagen ved ARENA-programmet, UiO til Dagbladet 16 januar 2004.

<sup>7</sup> Jon M Hippe, leder FAFO, til Dagbladet 16 januar 2004.

<sup>8</sup> Petter Faye-Lund, Storebrand Helse i Dagsavisen 27 oktober 2003.

<sup>9</sup> Harald Korseberg, markedssjef Skandia Forsikring, til [www.ohif\(Oslo håndverks- og industiforening\).no](http://www.ohif(Oslo håndverks- og industiforening).no), oktober 2002.

- Den betydelige veksten i omfanget av private helseforsikringer kan betraktes som en funksjon av *systembegrunnede endringer*. Den forvaltningspolitiske utvikling, de siste årenes organisatoriske reformer i helsevesenet, endringer i finansieringsordningene og lov- og regelverksutviklingen representerer forhold som kan ha bidratt til å åpne for og stimulere fremveksten av private helseforsikringer.
- Videre kan utviklingen sannsynligvis knyttes til *egenskaper ved forsikringsproduktet*. Hva er det ved privat helseforsikring som bidrar til økt omfang, anerkjennelse og sikrer forsikringsløsningene legitimitet? Hvordan kan det markedsbaserte helseforsikringssystem i Norge karakteriseres og hvordan kan forholdet mellom selskap og marked beskrives?
- Den markerte fremveksten av private helseforsikringer kan også finne forklaringer i trekk/*egenskaper ved forsikringskundene*. Er den økende viljen til å tegne private helseforsikringer et uttrykk for økende risikoaversjon? Er utviklingen et uttrykk for at oppslutningen om velferdsordningene er svekket? I hvilken grad kan utviklingen knyttes til at forsikringskundene har for lav kunnskap om det offentlige tilbudet og utviklingen i det offentlige tilbudet? Er beslutninger om å velge private helseforsikringer basert på svake og ukorrekte premisser/informasjonsasymmetri? Hvordan beskriver forsikringskundene sine behov og hva utløser behov for private helseforsikringer? Kan utviklingen knyttes til bestemte bransjer og til byer? Forsikrer virksomhetene sine ansatte kollektivt eller er forsikringstilbudet avgrenset til nøkkelpersonell?

### *Problemstilling*

Undersøkelsen har hovedfokus på egenskaper ved forsikringskundene som forklaringer på veksten i omfanget av private helseforsikringer. Forsikringskunden kan være både enkeltpersoner og virksomheter. I denne sammenheng er fokus først og fremst på virksomhetsnivå og hovedproblemstillingen kan formuleres som ett spørsmål:

- Hva karakteriserer de virksomhetene som i stadig større grad velger å tilby sine ansatte private helseforsikringer?

### *Hva vet vi om private helseforsikringer i Norge?*

Det eksisterer betydelig kunnskap om frivillig sektors betydning i norsk helsetjeneste og det eksisterer i noen grad kunnskap om betydningen av privat finansiering av helsetjenester via

egenandeler. Vi vet altså noe om private initiativ (nonprofit) og en privat finansieringskilde (out of pocket payment) – men hva vet vi egentlig om det markedsmessige helsetilbudet og etterspørsel etter slike helsetjenester?

I utgangspunktet vet vi i norsk målestokk lite om private supplerende tiltak til den offentlige helsetjeneste generelt og private helseforsikringer spesielt. Det forefinnes ingen systematiske studier av omfanget av private helseforsikringer i Norge og denne måten å organisere tilgangen til helsetjenester på.

På tross av at private helseforsikringer er i ferd med å anta betydelig omfang er fenomenet ikke underlagt systematiske studier som kan gi en forståelse av utbredelse, hvilke karakteristika som kjennetegner den som forsikres, virksomheten som forsikrer, anvendelsen av slike forsikringer m.m. Temaet er i noen grad omtalt i media senere år og berørt i enkelte rapporter. Den eksplisitte politiske oppmerksomhet omkring private helseforsikringer er lav og sporadisk og har så langt stort sett vært avgrenset til debatter om skattemessige konsekvenser.

Private helseforsikringer er et marked i betydelig vekst. Samtidig reflekterer ikke den offentlige debatten denne utviklingen og den politisk håndtering av sakskomplekset er ikke spesielt tydelig. Dette på tross av det stadig tilbakevendende fokus som er gitt ulikhet i tilgang til helsetjenester. Det er forsket mye på ulikhet i helse/ulik tilgang til helsetjenester, men ikke på privat helseforsikring. Vi vet derfor lite om private helseforsikringer og den betydning slike forsikringsordninger har for hvem som forsikres, forbruksmønster, tilgang til helsetjenester, hvorfor noen velger slik forsikring, etc.

Denne undersøkelsen gir noen sentrale svar i så måte. Her benyttes både kvalitative og kvantitative teknikker for å komme tettere på de strukturelle endringer som finner sted i samfunnet, i helsetjenesten og i organiseringen av forholdet mellom den enkelte og tilbudet av helsetjenester. Fenomenet privat helseforsikring studeres bredt for å kunne karakterisere utviklingen langs flere og ulike dimensjoner.

*Et stadig mer kjært barn har bare ett navn!*

Termen privat helseforsikring rommer ikke et entydig innhold. I et internasjonalt perspektiv refererer privat helseforsikring til ulike finansieringsordninger eller systemer for

kostnadsdeling mellom aktører innenfor en nasjonal kontekst. Mangfoldet av ulike typer private helseforsikringstyper er stort og kan karakteriseres på ulike måter, for eksempel som en funksjon av markedsandel i relasjon til en nasjons samlede helseutgifter, rettslige rammer som definerer private aktørers handlingsrom, private forsikrings dekningsgrad (supplerende kontra parallelle til offentlige ordninger), ideell vs kommersiell m.m.

I denne sammenhengen referer private helseforsikringer til en norsk kontekst, historisk sett preget av fravær av private helsetilbydere. Private helseforsikringer betraktes som et forsikringsprodukt på linje med andre forsikringsprodukt hvor hovedhensikten er å sikre raskere tilgang til et relevant helsetilbud for forsikringstakeren. Årlige premier sikrer kostnadsdekning når behovet for helsetjenester en gang oppstår. I denne definisjonen eksisterer ingen form for kostnadsdeling med det offentlige systemet. Dette med unntak av at virksomheter som har kjøpt private helseforsikringer til sine ansatte i en periode (1 januar 2003 til 1 januar 2006) har vært fritatt fordelsbeskatning.

Private helseforsikringer forstås i denne sammenheng som supplerende til offentlige ordninger, fullt ut privat finansiert uten kompenserende kostnadsreduksjoner i offentlige skatter og avgifter og med den hovedhensikt å legge til rette for raskest mulig tilgang til et relevant helsetilbud for den forsikrede.

### **1.3. Kapittelstruktur**

Kapittel 2 trekker opp det relevante institusjonelle rammeverket i den offentlige helsetjenesten. Dette som et bakteppe for å forstå den kontekst som utviklingen av private helseforsikringer finner sted i. Fremstillingen viser hvordan sentrale strukturer i helsetjenesten med hensyn til organisering, finansiering, regelverksutvikling m.m. har vært i omfattende endring det siste tiåret. Denne utviklingen fremstår som en systemmessig forutsetning for den parallelle utviklingen i omfanget av private helseforsikringer.

Kapittel 3 beskriver det private helseforsikringsmarkedet i Norge og karakteriserer de sentrale aktørene og deres tilbud. I tillegg trekkes enkelte paralleller til private helseforsikringer og forholdet mellom slike forsikringsløsninger og det offentlige helsetilbudet i utvalgte land innenfor OECD-området.

Kapittel 4 er et case studium. Det interessante ved dette dybdedykket er historien om hvilke vurderinger som ble lagt til grunn da Avinor AS (tidligere Luftfartsverket) besluttet å tilby alle sine ansatte privat helseforsikring. Det karakteristiske ved historien er de premisser som lå til grunn for denne beslutningen i en stor og landsomfattende virksomhet, som på samme tidspunkt var inne i en omfattende omorganiseringsprosess, fra tradisjonell forvaltningsvirksomhet til offentlig eid aksjeselskap.

Kapittel 5 redegjør for spørreundersøkelsen, bearbeiding og analyse av datamaterialet. I kapittel 6 settes veksten i omfanget av private helseforsikringer i sammenheng med mer generelle utviklingstrekk.

#### **1.4. Et begrepsapparat**

Hva er grunnlaget for handling? Hvorfor tar individer og organisasjoner de valg de tar? Hvilke bevegelser ligger til grunn for å velge private helseforsikringer?

Handlingsvalg, enten de er individuelle eller kollektive, er produkter av en rekke (ofte samtidige) forhold. Beslutninger kan være basert på preferanser generert via eksplisitt tilgang på informasjon relevant for beslutningen. Beslutninger kan også være en funksjon av preferanser som ikke er umiddelbart tilgjengelige i beslutningsøyeblikket; både individuell og kollektiv erfaring kan styre utfall av beslutninger uten at beslutningstakeren har bevissthet til slike forhold. Uskrevne og skrevne regler, verdier og oppfatninger definerer legitime handlingsrom, umiddelbart forstått av beslutningstakeren, uten at de nødvendigvis er eksplisitt tilgjengelige på beslutningstidspunktet.<sup>10</sup>

For denne fremstillingens formål synes det hensiktsmessig å etablere begreper som fanger ulike beslutningskontekster. På den ene siden er det nærliggende å betrakte det å velge private helseforsikringer som en funksjon av individuelle preferanser. Den enkelte er i stand til selv å forstå egne behov å handle deretter. På den andre side indikerer materialet at fenomenet også må studeres som en funksjon av egenskaper ved samfunnsutviklingen mer generelt, ofte, særlig blant sosiologer, referert til som modernisering. Den enkeltes atferd og beslutninger må

---

<sup>10</sup> Denne diskusjonen er omfattende og referansene mange og angår en bred debatt i samfunnsvitenskapene om grunnlaget for beslutninger, ofte referert til som aktør-struktur problemet. Se for eksempel March og Olsen (1989)

forstås i en sammenheng som er mer komplisert enn at den kan kontrolleres via klare mål og en naiv forestilling om at informasjonsgrunnlaget kan beherskes.

Den første tilnærmingen har et lokalt fokus hvor beslutningssituasjonen konstitueres ved at beslutningstakerens overveielser står i et strengt (instrumentelt) forhold mellom mål og tilgjengelige ressurser. Den andre tilnærmingen har et mer utvidet innhold hvor beslutninger mer er å betrakte som reflekser av en samfunnsutvikling. Beslutninger relaterer på denne måten til en større sammenheng enn den informasjon og de premisser som er umiddelbart tilgjengelig i beslutningssituasjonen.

### *Instrumentell rasjonalitet som grunnlag for beslutninger om private helseforsikringer*

Når man skal forklare sosiale fenomen kan man ta utgangspunkt i forestillingen om rasjonelle aktører. I denne sammenhengen refererer rasjonaliteten til i hvilken grad en beslutning er optimal på grunnlag av beslutningstakerens informasjon og interesser. En beslutning er rasjonell dersom det er den som best realiserer de mål og interesser beslutningstakeren har. Handlinger og beslutninger er instrument for måloppnåelse.

Det er fire forhold som avgjør hvordan en aktør handler; beslutningsalternativ, oppfatninger, konsekvenser og interesser. Enhver aktør har en mengde *alternativ* han kan velg mellom, han har *oppfatninger* om hvordan verden henger sammen og kan regne ut *konsekvensene* av ulike valg. I tillegg har beslutningstakeren *preferanser* eller mål knyttet til konsekvensene handlingene resulterer i. En aktør er instrumentelt rasjonell dersom han velger det alternativ som produserer de beste konsekvensene i forhold til egne preferanser.

På denne måten er handling konsekvensorientert og interessebasert. Fornuften – rasjonaliteten – er redusert til å spille en instrumentell rolle, til å kalkulere hvor effektivt ulike handlingsalternativ sikrer aktørens interesser. Aktøren bruker rasjonaliteten til å kartlegge alternativ, til å etablere realistiske oppfatninger om omgivelsene og til å beregne konsekvensene av ulike valg.

Antakelsen om instrumentell rasjonalitet er problematisk og tar mye for gitt. I sin reneste form sier den ingenting om hvor god oversikten over beslutningsalternativ egentlig er, hvor realistisk beslutningstakerens oppfatninger er, hvor god han er til å kalkulere konsekvenser og hvilke preferanser han har. Det er vanskelig å forestille seg at en beslutningstaker alltid skal

kunne forholde seg bevisst og strategisk til enhver beslutningssituasjon. Ofte vil et handlingsvalg være influert av at beslutningsinformasjonen ikke er perfekt og at oversikten over konsekvensene ikke er fullstendig.

Hensikten her er ikke å tilrettelegge for en inngående diskusjon om verken den ene eller andre modellen for å forstå hvorfor beslutningstakere tar de valg de gjør. Det maktpåliggende er å etablere et begrep om handling som kanskje reflekterer enkelte elementer i de valg individer og virksomheter tar når de velger private helseforsikringer. Den instrumentelle handlingsforståelsen er interessant i så måte fordi den representerer et bidrag til forståelsen av hvorfor arbeidsgivere velger som de gjør i forhold til private helseforsikringer.

Gitt at beslutninger kan underlegges en instrumentell, eller i det minste begrenset instrumentell forståelse, hva kan vi forvente at en slik modell kan forklare av veksten i omfanget av private helseforsikringer?

I et beslutningsperspektiv som dette, er det å forvente at aktører, individer og virksomheter, vil velge private helseforsikringer når de på en eller annen måte ser seg tjent med det. Når private helseforsikringer er tilgjengelige som beslutningsalternativ vil dette bli valgt på grunnlag av at det i en eller annen forstand er et hensiktsmessig instrument for den enkeltes eller virksomhetens måloppnåelse. Det kan tenkes ulike begrunnelser for når slike forsikringer fremstår som gode beslutninger.

Veksten i omfanget av private helseforsikringer kan i dette perspektivet forventes som en funksjon av en økonomisk kalkyle. Det forventes derfor at virksomheter som anser slike ordninger som et hensiktsmessig virkemiddel bl.a. vil velge private helseforsikringer for å fremstå attraktive i arbeidsmarkedet, redusere ansattes ventetid på behandling i offentlige sykehus, redusere fravær fra arbeid i forbindelse med sykdom, møte behov i virksomheter som er spesielt skade- og sykdomsutsatt og tilsvarende. Slike forsikringsordninger vil simpelthen velges fordi de forventes å bidra positivt i en virksomhets bunnlinje.

Det forventes på den bakgrunn at instrumentell handlingsrasjonalitet har en vesentlig forklaringskraft på veksten i omfanget av private helseforsikringer, noe som bl.a. kan avleses i de årsaker virksomhetene anfører for å velge slike forsikringer.

### *Beslutninger om private helseforsikringer som refleks av det moderne*

Forsøk på å forklare og fortolke skiftet fra industrisamfunnets egenskaper og særtrekk til den pågående samfunnsutvikling karakteriseres ofte som modernitetsteori.<sup>11</sup> Modernitetsteoriens ambisjon er å forklare vår tids atferd, individuell og kollektiv, i relasjon til industrisamfunnet hvor sentrale institusjoner som klasse, urbanitet, familie, kjønn, etc. strukturerte handlinger og handlingsrommets yttergrenser.

I tidligere samfunn ble samfunnsmedlemmene tildelt en permanent identitet ved at individets livsløp var staket ut på forutsigbart vis avhengig av opprinnelse. Rolledefinisjonene var tydelige og entydige knyttet til ulike livsfaser. Tradisjonen er rutinepreget, men en "routine which is intrinsically meaningful, rather than empty habit for habit's sake" (Giddens 1990:105). Tidligere ble mening skapt av fortiden og kollektivt forstått på det grunnlaget. Det moderne mennesket må i større grad skape mening ved å velge identitet og tilhørighet basert på egne kalkyler. Tradisjonens posisjon er ikke lengre privilegert. Overleveringer som grunnlag for identitet, trygghet og base for beslutninger eksisterer ikke lengre på samme måte som i tidligere samfunn: "Det moderne menneske må ikke bare velge hvordan han skal handle, men også hvem han skal bli" (Giddens 1991: 81). På denne måten blir fremtiden en mer usikker størrelse og behovet for planmessig tilnærming til fremtiden økende. Planer reduser eller bidrar til å håndtere risiko.

Det moderne livet er mer åpent for innflytelse og mer differensiert i forhold til kilder for innflytelse. I tillegg er den moderne verden uoversiktlig, kaotisk og mangfoldig: beslutningskompleksiteten er høy. Videre har det moderne samfunn, i motsetning til tidligere samfunn, tydeligere individorienterte trekk. Individet gis i større grad forrang fremfor institusjonene og individuell frihet og individuelle rettigheter tas i økende grad for gitt som grunnleggende samfunnskonstruksjoner.

Grunnlaget for identitetsdannelse er i endring og gjør samtidig noe med grunnlaget for den enkeltes handlingsmuligheter og handlingsvalg. Legitim atferd gis endret eller nytt innhold som en funksjon av endringer i kriteriene for identifikasjon. Ulrich Beck (1992) har formulert det på denne måten: "Vi lever i (den) «andre modernitet», en radikalisert versjon av det

---

<sup>11</sup> Eksponentene er mange. De mest synlige aktørene på feltet er Anthony Giddens, Ulrich Beck, Pierre Bordieu og Niklas Luhmann.



postmoderne. Denne andre moderniteten betyr en økende individualisering i samfunnet hvor kollektive livsmønstre mister sin sosialt pregende betydning. Menneskerettigheter, økonomiske og sosiale rettigheter er rettet mot individer, ikke mot klasser, familier eller kollektiv identitet. Velferdsstaten styrker den institusjonaliserte individualiseringen, blant annet ved at sosiale rettigheter rettes mot individet. Institusjonene produserer individualitet.”<sup>12</sup>

Både Beck og Giddens ambisjon er å beskrive utviklingstrekkene i overgangen fra industrisamfunnet og knytter dette til begreper om risikosamfunn og individualisering. Dette er en utvikling som skaper nye handlingskontekster og ny forståelse av hvordan individer og organisasjoner handler. I forståelsen av risikosamfunnet kan man skille mellom en objektiv og subjektiv dimensjon. Objektivt kjennetegnes risikosamfunnet ved håndteringen av uuntenderte produkter av ekspansiv industriell produksjon (miljøkonsekvenser). Disse er menneskeskapte, globale og ofte ikke synlige.

Risikosamfunnets mer subjektive karakter kjennetegnes ved at individet endrer oppfatninger av verden. Risiko defineres gjennom forholdet til det ukjente fremtidige og det høymoderne mennesket er (tilsynelatende) mer eksponert for mulige trusler enn i tidligere samfunn (fugleinfluenta, jordskjelv etc). I tidligere samfunn ble trusler håndtert med henvisning til utenforliggende krefter (gud, skjebnen), eller –som i industrisamfunnet– forventningen om at fornuften (vitenskap og teknologi) kunne håndtere fremtidens utfordringer.

I risikosamfunnet er fremtiden påvirkelig for menneskelige beslutninger, men kan ikke forutsies og kontrolleres fullt ut. Sosial og politiske prosesser er karakterisert ved høy kompleksitet og uforutsigbarhet og fremtiden konstrueres ikke ved en ytre (religiøs) kraft. Beslutninger fattes, men beslutningsgrunnlaget er preget av usikkerhet og mangelfull kontroll over premissene.

I motsetning til i industrisamfunnet hvor størrelser som klasse, kjernefamilie, nasjon, m.m. bidrar til å skape identitet for den enkelte, kjennetegnes det eksisterende samfunn ved at disse grunnleggende institusjonen er i oppløsning som identitetsskapende rammer for den enkeltes beslutninger. Når verken lokalsamfunn, eller andre samfunn, på samme måte som tidligere kan bidra til identitetsskaping for den enkelte gjennom standardisering og etablering av

---

<sup>12</sup> Ulrich Beck til Klassekampen 15 mai 2005.

atferdsmessige rammer, overtar andre handlingsmekanismer. Både Beck og Giddens retter oppmerksomheten mot refleksive valg. Den enkelte, individ eller organisasjon, må selv regulere sine livsløp og konstruere tilhørighet. Beslutninger kan ikke lengre fullt overlates til konvensjoner, overleveringer, normer og verdier produsert av tilhørighet til et kollektiv.

I Giddens (1984, 1990 og 1991) forståelse av handling forutsettes at handlinger må forstås som kompetente aktørers kreative utfoldelse av handlingsplaner og deres selvstendige mestring av de situasjoner de er kastet ut i. Aktørene er *kyndige*. De har kunnskap om og forstår den situasjonen de er i ("knowledgeability"), og de handler og orienterer seg på bakgrunn av en situasjonsdefinisjon. Aktørene har evne og kapasitet til å *påvirke* den situasjonen de er i, hvilket vil si at de kan intervenere aktivt i både den sosiale og fysiske virkelighet som omgir dem.

For at aktørene skal kunne være kompetente i denne forstand, må de ifølge Giddens gjøre bruk av regler og resurser som setter dem i stand til å forstå, håndtere og påvirke den situasjon de er i. De må trekke på strukturelle forhold som muliggjør deres handlingskapasitet. Videre legger Giddens vekt på at handlinger ikke er å anse som en serie eller et aggregat av enkelthandlinger, men heller er å anse som en kontinuerlig strøm der aktøren refleksivt styrer seg selv gjennom samfunnslivet.

På dette grunnlag etablerer Giddens en generell modell for handling med tre analytiske aspekter. *Refleksiv handlingsregulering* (reflexive monitoring of action) tilsvarer det forhold at all handling er intensjonal, dvs. basert på aktørenes kunnskap om situasjonen og deres utfoldelse av en handlingsplan. Aktøren vet (men da oftest i form av en implisitt, praktisk visshet) i normaltilfellet av handling hvor han er, hva slags situasjon han er oppe i, hvem de andre aktørene er, hva han ønsker å oppnå og hvordan han skal gjøre det. Aktøren utøver en kontinuerlig refleksiv kontroll med seg selv og sine omgivelser. *Handlingsrasjonalisering* ("rationalization of action") viser til at aktøren rutinemessig er i kontakt med grunnene for sine handlinger. Konkret kommer dette til uttrykk ved at en aktør er i stand til å gjøre rede for ikke bare hva han gjør, men også hvorfor han gjør det. Til sist hevder Giddens at det til grunn for våre konkrete handlinger ligger mer omfattende livsprosjekter og planer som disse inngår i. Dette tilsvarer et begrep om *handlingsmotivasjon* ("motivation of action"), som igjen peker tilbake på de dypere, ofte underbevisste, grunner til å fatte beslutninger.

Om vi så vender tilbake til temaet private helseforsikringer, hvilke forventninger kan vi ha til hvordan denne handlingsforståelsen vil kunne forklare fremveksten av denne type forsikringer?

Etter 2. verdenskrig har sosialdemokratiske verdier hatt et sterkt grep omkring det norske samfunn og arbeidsliv. Likhetstanken har dominert den norske kollektive bevissthet. Dette er en vesentlig del av bakgrunnen for at private helseforsikringer (les: særskilt aksess til helsetjenester via egen betaling) har vært fraværende inntil for 8-10 år siden. Når dette fenomenet nå er økende i omfang må dette også avleses i endringer i det kollektive normgrunnlaget. Etablerte institusjoner og konvensjoner utfordres, endres, tilpasses og erstattes med nye. Hvorfor er private helseforsikringer mer legitimt i dag enn for 10 år siden?

Dersom dette er riktig, bør utviklingen i private helseforsikringer bl.a. være synlig på arbeidslivsarenaen. Her møtes ulike interesser og forsikringsordninger antas å være et aktuelt objekt for forhandling mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Arbeidstakeren vil være interessert i å oppnå goder og fordeler som går utover økonomisk avlønning. Private helseforsikringer kan av flere grunner tenkes å være et slikt gode. For det første representerer slike forsikringer en tilleggsytelse. Tilleggsytelser har blitt gradvis viktigere for arbeidstakerne; fra gratis avis og telefon via firmabil og nå, bl.a. private helseforsikringer.

For det andre reflekterer de status og beskriver en posisjon i arbeidslivet. Det nye arbeidslivet stiller store krav til fleksibilitet drevet frem bl.a. av fokus på individualisering, frihet og kortsiktige gevinster (Sennett 2002). Posisjon og status i arbeidslivet forutsetter en fleksibel arbeidstaker som i fellesskap med arbeidsgiver kan finne balansen mellom krav og motkrav. Rollen som den fleksible arbeidstaker kan ikke utøves innenfor rammen av det tradisjonelle arbeidsliv, med fokus på kollektiv og langsiktig organisering av arbeidet, med fagbevegelsen som garantist for likhet i tilgangen på arbeidslivets goder. Rollen krever en implisitt frigjøring fra etablerte institusjoner og redusert tilhørighet til de kollektive konvensjoner som i stadig mindre grad regulerer interessene i arbeidslivet (Sennett 2006).

For det tredje vil private helseforsikringer innebære risikohåndtering. Ikke fordi det moderne mennesket lever i mer utsatte og risikofylte yrker i dag enn tidligere, kanskje tvert imot, men heller fordi risikokalkulering er blitt en mer sentral del av den enkeltes liv. Oppmerksomhet mot forebygging og reduksjon av risiko er blitt mer påtrengende (Beck (1992)).

Dersom private helseforsikringer kan betraktes som et utviklingstrekk og et motefenomen i det moderne arbeidslivet, er det grunn til å forvente at omfanget av slike forsikringer vil være størst i virksomheter som stiller store krav til den enkeltes fleksibilitet og kapasitet. Dette assosieres ofte med virksomheter som bl.a. har høy omsetning, lav gjennomsnittsalder, høyt utdannet arbeidsstokk og lokalisering i pressområder.

## **2. De senere års utvikling i helsetjenesten; grunnlaget for et brudd med norsk helsepolitisk tradisjon?**

### **2.1. Innledning**

Dette kapitlet fremhever og systematiserer sentrale systembegrunnede utviklingstrekk i helsetjenesten gjennom de siste 8-10 år. Hensikten er å etablere en overordnet forståelse for hvordan politiske og organisatoriske endringer, samt endringer i måten helsetjenestene finansieres kan ha bidratt til å forsterke etterspørselen etter privat helseforsikring. Fremstillingen konsentreres omkring ett sentralt tema:

- På hvilken måte kan myndighetsstyrte endringer i helsetjenestens økonomiske, organisatoriske og juridiske rammebetingelser bidra til å forklare den sterke veksten i antallet private helseforsikringer?

Den underliggende antakelsen er knyttet til at det er en eller annen form for dynamikk i forholdet mellom reformene i helsetjenesten og den sterke veksten i privat helseforsikring. Denne dynamikken kan gjøre seg gjeldende på flere plan. Den betydelige plass markedsanalogue løsninger har fått i utviklingen av offentlig sektor generelt og helsetjenesten spesielt, representerer et mulig bidrag til å bygge ned de tradisjonelt skarpe skillene mellom offentlig og privat organisering av helsetjenestene i Norge.

Et annet uttrykk for samvariasjon mellom privat og offentlig sektor, reflekteres i pasientvennlige reformer som bl.a. fritt sykehusvalg og lovfestede pasientrettigheter. Det ideologiske grunnlaget for reformer av den type ser pasienten som en aktør i et marked hvor pasienten som kunde gjør valg mellom ulike helsetilbud/helsetilbydere med utgangspunkt i egne preferanser. Innretningen av en slik mekanisme har en rekke ulike konsekvenser, bl.a. inviterer den enkeltpasienter til å opptre som kunder i et marked. Gitt at helse har blitt en vare<sup>13</sup> og at den enkelte pasient skal spille kunderollen, gitt at det også eksisterer et privat tilbud av helsetjenester; hvorfor ikke velge en privat leverandør fremfor en offentlig leverandør av helsetjenester?

---

<sup>13</sup> Jf. Lian, Olaug (2003): Når helse blir en vare.

For den videre fremstilling er det nødvendig å etablere en forståelse av hvilke endringstrekk som har preget utviklingen av offentlig forvaltning siden midten av 1980-tallet. Den forvaltningspolitiske utvikling representerer en sentral ytre forklaringsramme for de til dels omfattende endringene i helsetjenesten de siste årene.

## **2.2. Offentlig sektor – fra myndighetsutøvelse til tjenesteyting**

Tradisjonell organisering av offentlig forvaltning inneholder referanser til forvaltningens interne og eksterne struktur. Den klassiske byråkratimodellens<sup>14</sup> interne struktur referer til forvaltningen som strengt hierarkisk organisert og lovstyrt. Den eksterne strukturen refererer til at forvaltningen er underlagt politisk ledelse og styring. Forvaltningen er på denne måten den politiske ledelses redskap for gjennomføring av politiske vedtak.

Forvaltningen utøver nødvendig myndighet for vedtakenes iverksettelse og for å administrere tidligere vedtak enten de gjelder lov- og regelverk, budsjettmessige prioriteringer eller andre forhold.

Tradisjonelt avgrenses, eller balanseres, forvaltningens myndighetsutøvelse mot borgernes rettigheter. Borgerrollen består bl.a. av juridiske, politiske og sosiale rettigheter.<sup>15</sup> De juridiske rettighetene beskytter den enkelte fra overgrep fra myndighetenes side. De politiske rettighetene gir innbyggerne adgang til å ta del i og påvirke styringen av samfunnet, mens de sosiale rettighetene gir den enkelte et materielt sikkerhetsnett. Den tradisjonelle organiseringen av relasjonen mellom stat og samfunn har en integrativ karakter idet den søker å ivareta samfunnets helhetsinteresser – ikke summen av eller et kompromiss mellom særinteresser. Imidlertid har denne tilstanden vært under kraftig utfordring de siste par tiårene og den enkelte karakteriseres ikke lenger bare ved rollen som borger, men også som kunde eller bruker.

### *Brukerrollen*

I motsetning til borgerrollen hvor adgangen til politisk medvirkning er universell, karakteriseres brukerrollen ved at medvirkning avgrenses til situasjoner hvor den enkelte er spesielt berørt av den tjenesten forvaltningen leverer. Brukerrollen fragmenterer på denne måten borgerrollen. Som en følge av dette er det brukernes særinteresser som kommer til

---

<sup>14</sup> Jf. Weber, Max (1982): Makt og byråkrati. Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier.

<sup>15</sup> Se for eksempel Eriksen, Erik O og Jarle Weigård (1992): Fra statsborger til kunde: Kan relasjonen mellom innbyggerne og det offentlige reformuleres på grunnlag av nye roller?

uttrykk gjennom deltakelse. Brukeren har ikke ansvar for eller motiver knyttet til helheten, men til egne preferanser. Brukerens interesser vil dermed heller ikke være gjenstand for offentlig debatt, men utformes som en partiell dialog med tjenesteyteren. Når den enkelte opptrer som bruker, blir relasjonen mellom stat og samfunn av aggregativ karakter i det forvaltningen vil bidra til å klargjøre og imøtekomme brukerens særinteresser på en mest mulig ressurseffektiv måte.

### *Et tjenestetilbud tilpasset den enkeltes behov<sup>16</sup>*

Med Bondevik II-regjeringens forvaltningspolitiske redegjørelse i januar 2002, videreføres en linje for forvaltningens fremtidige rolle som det, bl.a. på grunnlag av Stortingets behandling av redegjørelsen, synes bred politisk enighet om:

- Offentlige tjenester skal tilpasses den enkeltes behov
- Økt individuell valgfrihet
- Pengene skal følge brukerne
- De offentlige tilbudene skal bli bredere og mer differensierte
- Statlige etater skal underlegges systematiske brukerevalueringer

I sin forvaltningspolitiske redegjørelse for Stortinget ga daværende Arbeids- og administrasjonsminister (Victor Norman) bl.a. uttrykk for at: "Parallelt med dette må tjenesteproduksjonen omorganiseres. I dag bærer den for sterkt preg av forvaltnings- og styringssystemet" (Forvaltningspolitisk redegjørelse 2002:8). Den påfølgende debatten i Stortinget (24 januar 2002) avslørte ikke vesentlig eller prinsipielle partipolitiske konfliktlinjer knyttet til ambisjonene for forvaltningsutviklingen.

Det har gjennom snart et par tiår pågått et organisatorisk skifte i offentlig sektor som bl.a. kan knyttes til adoptering av markedsanaloge løsninger, konkurransebasert virksomhet, individualisering, service- og brukerorientering, kostnadseffektivisering, vektlegging av nye styringsprinsipper, etc. Utviklingen karakteriseres som overgangen fra tradisjonell forvaltning til New Public Management (NPM) eller fra velferdsstat til velferdssamfunn (Busch, Johnsen og Vanebo (2003)). Med en begrepsmessig nyanse kan utviklingen karakteriseres som en overgang fra velferdsstat til markedsstat (Hans Petter Graver (2002)).

---

<sup>16</sup> Overskriften svarer til en av avsnittsoverskriftene i Arbeids- og administrasjonsministerens forvaltningspolitiske redegjørelse for Stortinget 24 januar 2002.

Det offentliges rolle som tjenesteyter har fått en betydelig større betydning på bekostning av den tradisjonelle myndighetsutøverrollen. Denne utviklingen har bl.a. åpnet for nye offentlige organisasjons- og tilknytningsformer og nye relasjoner mellom den enkelte (brukeren) og forvaltningen.

### *Reformplattformen*

Utover 1980-tallet kan det observeres en tendens til økt vektlegging av forvaltningens rolle som tjenesteyter overfor sine brukere. Willoch-regjeringens "Aksjon publikum" for en mer publikumsrettet offentlig forvaltning fremstår som det første omfattende tiltaket i denne sammenheng. Rune Slagstad (1998) karakteriserer "frisleppet" av renten i 1977 som det symbolske bruddet med den sosialdemokratiske ideologi; tiden var ute for de nasjonale strategier. En ny, internasjonalt drevet, styringsideologi med OECD som ideologiproducent og Margareth Thatcher som fremste politiske eksponent var i fremgang.

Senere har tiltakene og programmene vært mange og ført i pennen og drevet gjennom av skiftende regjeringer: Willoch-regjeringens moderniseringsprogram 1985, Brundtland I-regjeringens fornyelsesprogram 1987, Brundtland II-regjeringens omstillingsplan 1992, Regjeringen Jaglands brukerorienteringsprogram 1997, Bondevik I-regjeringens program for et enklere Norge 1999, og Stoltenberg I-regjeringens program for fornyelse av offentlig sektor 2000 og Bondevik II-regjeringens modernisering av offentlig sektor. De ulike programmene og planene har et felles mål i å gjøre offentlig forvaltning enklere og mer (kostnads-)effektiv. En tendens som gradvis forsterkes gjennom de ulike programmene, er hensynet til å understøtte forvaltningens rolle som tjenesteproducent for forvaltningens ulike brukere. Gjennomgående formuleres næringslivets forhold til sine kunder som forbilde for forvaltningen. Brukerorientering ble betraktet som en forvaltningspolitisk strategi og fremstod etter hvert som en selvstendig forvaltningspolitisk verdi.<sup>17</sup>

Grunnlaget for denne utviklingen ble utviklet innenfor rammen av en forvaltningspolitisk bevegelse som fikk navnet New Public Management (NPM).<sup>18</sup> NPM-tenkningen karakteriseres ved en kritisk holdning til en monopolistisk, omfangsrik, lite effektiv,

---

<sup>17</sup> Jf. Seim, Bjørg Leinum (2001: 42-43): "Serviceerklæringer – verktøy eller symbol for problemløsning i statlig forvaltning?"

<sup>18</sup> Dette er en utbredt akseptert sammenheng. Se for eksempel Christensen og Lægreid (1997), Olsen (1990), Busch, Johnsen og Vanebo (2003) eller Lian (2003).



regelbundet, lite fleksibel og svakt ledet offentlig sektor. NPM-resepten for offentlig sektor har i stor grad vært knyttet til mål- og resultatstyring, konkurranseutsetting, privatisering, endrede tilknytningsformer, prestasjonslønn, desentralisering, profesjonalisert ledelse og brukerorientering. Idealer, tiltak og virkemidler ble hentet fra næringslivet. Klienter, pasienter, trygdede, etc er blitt til brukere og jamført med næringslivets kunder (Olsen 1990).

Det siste tiårets reformer i helsevesenet må forstås innenfor denne rammen. De omfattende endringer i organisering og finansiering i helsevesenet, og også i pasientens rolle og rettigheter, har i stor grad privat sektor og markedsmodeller som forbilder.

### **2.3. Et helsepolitisk skifte**

Gjennom 10-15 år har norsk helsepolitikk vært gjenstand for en intensivt rekke av ulike reformtiltak, hvor de mest markante endringene synes knyttet til finansiering og organisering av spesialisthelsetjenesten. Imidlertid har reformiveren i sektoren også medført endringer i primærhelsetjenesten, i grunnlaget for prioriteringer blant pasienter, og i pasientenes krav- og rettighetsgrunnlag.

#### *Organisering av risiko*

Usikkerhet er et sentralt kjennetegn ved helse og helsetjenester og har stor betydning for utforming av finansieringssystemer og hvordan disse virker. Usikkerheten kan være eksogent definert; behandlingsomfang og behandlingsbehov er ukjente størrelser, den enkelte kjenner ikke sitt fremtidige behov for helsetjenester, og utfallet ved evt. behandling er uvisst. Usikkerheten genereres også ved mer systembestemte (endogene) egenskaper, bl.a. ved at det kan være uklarhet knyttet til effekter av hvordan helsetjenesten er organisert og finansiert. Retten til fritt sykehusvalg representerer slik usikkerhet fordi det oppstår usikkerhet omkring hvor behandlingen vil finne sted og dermed hvem inntektene vil tilfalle. Videre vil det for den enkelte pasient også knytte seg usikkerhet til ventetider og til faglige vurderinger av hvilke pasienter/lidelser som skal prioriteres høyest.

Helseforsikring, uavhengig av om den finansieres på den ene eller andre måten, er i prinsippet et tiltak for å spre eller dempe risiko for fremtidige kostnader. Måten slike forsikringer utformes på, skaper ulike insentivproblemer i forholdet mellom forsikringsselskapet, forsikringskunden, den forsikrede og helsetilbyderen. Full forsikringsdekning vil for eksempel medføre at den forsikrede blir mindre tilbøyelig til å unngå risikofaktorer (eksempelvis

forebygge helseskader) og mer tilbøyelig til å påberope sykdom. Videre vil helsetilbyderen, under visse forutsetninger, ha økonomiske interesser av å tilby helsetjenester som strengt tatt ikke er nødvendig (eksempelvis beholde pasienten i institusjon lengre enn behovet tilsier).

Valg av finansieringsordning(-er) blir på denne måten en avveining mellom ulike hensyn. Sentralt i slike vurderinger står bl.a. avveininger mellom hensynet til optimal risikodeling og hensynet til at ressursene utnyttes mest mulig effektivt.

### *Organisering og finansiering av helsetjenestesystemer*

Et helsetjenestesystem utgjør et helhetlig system for produksjon og finansiering av helsetjenester. Slike systemer kan organiseres på ulike måter, men inkluderer tre aktørsett; pasient/kunde, regulerende myndighet/forsikringsselskap (staten/privat selskap) og tjenesteproducent (sykehus/klinikk/lege).

Forholdet mellom aktørene organiseres på ulike måter i ulike land. Det kan skilles mellom to hoveddimensjoner; frivillige vs. obligatoriske forsikringer og skattebaserte vs. premiebaserte finansieringsordninger:

	Frivillig	Obligatorisk
Skattebasert		
Premiebasert		

Det eksisterer en rekke ulike måter å organisere egenskaper ved de to hoveddimensjonene på. Ulike land kan også ha ulike kombinasjoner av forsikringstype og finansieringsordning i parallell. Det er vanlig å skille mellom integrerte styringssystemer hvor forsikringsselskap og tjenesteyter er samme "juridiske person" og kontraktstyringssystemer hvor aktørene er ulike juridiske enheter, ofte bundet sammen i et kunde - leverandør forhold. Innenfor disse hoveddrammene kan modellene for finansieringssystemer variere, men vanligvis karakterisert ved ramme- eller aktivitetsbasert finansiering, prospektivt eller retrospektivt prissatt. Dette angår hvorvidt betaling for helsetjenester er bestemt på forhånd (prospektivt system) eller om betaling skjer som oppgjør i etterkant basert på regnskap (retrospektivt system).

Modeller basert på forventede kostnader betegnes fastprismodeller, mens modeller basert på regnskap betegnes kostnadskompenserende. Kostnadskompenserende og fastprismodeller gir

ulik fordeling av risiko mellom stat og helseplannivå (de regionale helseforetakene (RHF)). I kostnadskompenserende finansieringssystemer er det den som betaler (vanligvis staten) som bærer risiko for evt. kostnadsvekst. I motsatt fall er det, i fastprissystemer, den utførende (helseplannivået) som må bære den økonomiske risikoen.

Helsesystemer organiseres og finansieres på ulike måter. Glaser (1991) viser til seks ulike finansieringsordninger som kan anvendes enkeltvis eller i kombinasjon:

#### 1. Egenbetaling

Den enkelte pasient betaler av egen lomme det helsetjenesten koster (out of pocket payment). Denne betalingsformen er den tradisjonelle formen for finansiering av helsetjenester, men har vært marginalisert i velferdsstater hvor fondsbasert finansiering har vært utviklet for å sikre økonomisk utjevning og omfordeling. Det ser ut til å være en internasjonal tendens til at ulike egenbetalingsordninger gjeninnføres, jf. egenandelsdiskusjonene i Norge de siste årene.<sup>19</sup>

#### 2. Individuelle sparefond

Den enkelte sparer et fast beløp som settes av på en konto og disponeres ved evt. behov for helsetjenester. Sparefond er veletablert i forbindelse med finansiering av pensjoner, men synes i større grad også anvendt for finansiering av helsetjenester.

#### 3. Private helseforsikringer/forsikringsfond

Forsikringskundene betaler premie til et forsikringsselskap som, etter avtale, dekker hele eller deler av evt. utgifter til helsetjenester. Slike forsikringer kan organiseres som ”non-profit” forbrukerkooperativer og som ”for-profit” aksjeselskaper. Premiene beregnes på ulike måter, bl.a. avhengig av utforming av risikoprofil og risikodeling.

#### 4. Sosiale forsikringsfond

Sosiale forsikringsfond finansieres oftest via særlig skattlegging av arbeidsgiver og arbeidstaker (jf. det norske folketrygdsystem som delvis finansieres gjennom personbeskatning og gjennom arbeidsgiveravgift). Medlemskapet er obligatorisk. I denne sammenhengen tas det ikke hensyn til individuell risiko, inntekt eller annet. Alle

---

<sup>19</sup> Bl.a. foreslo Regjeringen Bondevik II vesentlige økninger i egenandeler ifm forslag til statsbudsjett både i 2004 og 2005 – uten å få flertall for dette i Stortinget.

medlemmene (i eksempelvis folketrygden) har rett til de helsetjenestene forsikringen dekker. I praksis vil slike systemer i tillegg være avhengig av bevilgninger over årlige statsbudsjett som supplerende finansiering.

#### 5. Ren statlig finansiering

I denne sammenhengen finansierer staten alle offentlige helsetjenester via bevilgninger over de nasjonale budsjetter, uten øremerket skattebasert finansiering.

#### 6. Veldedige fond

Private veldedige fond oftest finansiert ved enkeltpersoners gaver og bidrag spiller en viktig rolle i finansieringen av helsetjenester i enkelte land, bl.a. USA.

Denne oversikten illustrerer de vanligste formene for finansiering av helsetjenester. De ulike lands finansieringssystemer vil i praksis kombinere ulike finansieringsordninger, bl.a. avhengig av dekningsgrad, risikofordeling, grad av solidaritet mellom syke-friske/rike-fattige/ynge-eldre og forholdet mellom offentlig og privat organisert produksjon av helsetjenester.

#### *Utviklingen i finansieringsordninger i norsk helsevesen*

Det norske helsevesen er et skattebasert system og finansieres gjennom tre kilder. Staten finansierer helsetjenesten som direkte bevilgninger over statsbudsjettet. Videre finansieres helsetjenesten gjennom folketrygdsystemet og gjennom ulike egenbetalingsordninger (i hovedsak egenandeler). Grovt sett genererer derfor helsetjenesten på ulike nivå sine inntekter fra staten direkte, fra folketrygdssystemet ved poliklinikkrefusjoner/takstrefusjoner og fra pasientene via egenandeler.

Spesialisthelsetjenesten representerer den største helsepolitiske utgiftsposten og måten tjenesten har vært finansiert, har gjennom flere tiår vært gjenstand for endringer. Fra 1969 til 1980 ble norske sykehus finansiert etter et kurdøgnsystem hvor sykehusene mottok en fast døgnpris (et stykkprissystem). Fra 1980 ble sykehusene i større grad behovsfinansiert (tildeling bl.a. på grunnlag av demografi) gjennom et rammefinansieringssystem som også hadde til hensikt å sikre geografisk lik fordeling av ressursene. Rammefinansieringssystemet møtte imidlertid mye kritikk mot slutten av 1980-tallet, bl.a. mangel på effektiv ressursbruk (jf. bl.a. Eilertsenutvalget NOU 1987: 25). Systemet ga videre få insentiver til

kostnadseffektiv sykehusdrift, for eksempel ved at sykehus med driftsunderskudd fikk disse dekket og evt. overskudd omfordelt uten belønningsvirkning for de sykehusene som genererte overskuddet. Systemet inviterte ikke til økt tjenesteproduksjon og stimulerte ikke omstillingsevne. Videre ble rammefinansieringssystemet også kritisert for ikke å egne seg for mål- og resultatstyring (Lian 2003: 76) og for at frihetsgradene i sykehusene/avdelingene var for små til å skape den fleksibilitet som var nødvendig for å møte teknologiske utfordringer og endringer i behov/etterspørsel (NOU 1987: 25).

Denne kritikken utgjorde grunnlaget for Eilertsenutvalgets forslag om innføring av et stykkprissystem i finansieringen av somatiske sykehus. Forslaget fant sin begrunnelse i at dette ville stimulere til økt pasientbehandling. Forslaget ble fulgt opp i et forsøksprosjekt i 1991-1993 hvor finansieringen baserte seg på DRG-systemet (diagnoserelaterte grupper)<sup>20</sup>, først i utvalgte sykehus i Hordaland og Nordland og senere i alle sykehusene i Nordland. Evalueringen viste at det ikke kunne trekkes entydige konklusjoner knyttet til at finansieringssystemet virket kostnadseffektiviserende.<sup>21</sup> Erfaringene fra forsøksprosjektet ble forelagt Stortinget som i 1995 vedtok at finansieringsordninger av denne typen ikke skulle innføres. Vedtaket var i overensstemmelse med den daværende Brundtland-regjeringens innstilling. I 1996, under samme regjering men med nye helseminister (Gudmund Hernes som erstattet Werner Christie), fremmet regjeringen et nytt forslag om endringer i finansieringsordningen. Regjeringen ønsket likevel å innføre stykkprisfinansiering, om enn med enkelte modifikasjoner.<sup>22</sup> Den nye finansieringsordningen fikk benevnelsen innsatsstyrt finansiering (ISF) og ble innført i alle landets somatiske sykehus 1 juli 1997 (Innst. S. nr. 27 (1996-97)). Ordningen innebar at sykehusenes inntekter ble gjort avhengig av hvor mange pasienter som ble behandlet, vektet i forhold til hva de ble behandlet for.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> DRG-systemet er en klassifisering av sykehusopphold i medisinsk og ressursmessig homogene grupper hvor pasientenes hoved- og bidiagnoser utgjør grunnlaget for klassifiseringen. Hver DRG-gruppe har en kostnad som uttrykker det gjennomsnittlige ressursforbruket for et sykehusopphold i denne gruppen. Systemet har sin opprinnelse i USA som et system for å måle produktivitet og effektivitet i sykehus og er basert på næringslivsvirksomhetens måte å måle kvalitet, effektivitet og kostnader (Sosial- og helsedepartementet 4/1998: nyhetsark om innsatsstyrt finansiering og DRG-systemet).

<sup>21</sup> Hagen, T P (1994) viste til at det ikke var statistisk signifikante effekter av forsøket, men at dette samtidig ikke kunne tolkes som om denne typen reformer ikke virket effektiviserende. Egenskaper ved forsøket, som få enheter og involverte aktørers tilpasninger, kunne dempe effektene av endringene i finansieringsordningene.

<sup>22</sup> Stortinget hadde avvist å innføre en kombinasjon av stykkprisbetaling (40 prosent) og rammefinansiering (60 prosent). Året etter vedtok Stortinget å innføre en tilsvarende finansieringsordning som kombinerte stykkprisbetaling og rammefinansiering i forholdet 30 prosent – 70 prosent (ramme), jf. Stortingsmelding nr. 44 (1995-96): Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering.

<sup>23</sup> Den relative fordelingen mellom stykkpris og rammefinansiering er senere endret. Den aktivitetsbaserte andelen av finansieringen er gradvis økt. I 2002 utgjorde den 55 prosent. I forbindelse med budsjettbehandlingen

Stykkprisfinansieringen er i prinsippet prioriteringsnøytralt, i den forstand at systemet ikke indirekte eller direkte skal bidra til å påvirke prioriteringen av pasienter. Hensikten med systemet har i hovedsak vært økt kostnadseffektivitet. Det er også interessant å merke seg en annen sentral målsetning: Standard DRG-stykkpriser forutsettes å være et effektivt virkemiddel for å stimulere til konkurranse mellom sykehusene (for å minimalisere kostnadene).<sup>24</sup>

### *Nytt eierskap – ny organisasjonsform*

Den 1. januar 2002 ble hovedstrukturene i spesialisthelsetjenesten grunnleggende endret, gjennom den såkalte ”foretaksreformen”. Reformen hadde to hovedsiktemål: statlig overtakelse av de fylkeskommunalt eide sykehusene og omdanning av sykehus fra forvaltningsorganisering til foretaksorganisering. Ansvaret for driften av spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunene til fem regionale helseforetak (RHF), ett i hver helseregion. Hvert av RHF’ene har ansvar for å sørge for helsetjenester til befolkningen i sin region. Helsetjenesten kan tilbys gjennom RHF’enes egne underforetak eller tjenestene kan kjøpes fra andre helseprodusenter, offentlige og private.<sup>25</sup> Foretakene er organisert på to nivåer hvor RHFene har organisert sykehusene i ”datterselskaper” – lokale foretak (dette er regulert i helseforetaksloven). De ulike foretakene, på begge nivå, er underlagt styreenheter som formulerer foretakenes oppdrag.

Ved overgangen til foretaksmodellen ble sykehusene organisert som egne rettssubjekter på siden av den offentlige forvaltningsstrukturen. Modellen skiller klart mellom (kommune-) politiske organer og den enkelte virksomhet og tydeliggjør ansvars- og rollefordelingen med hensyn til eierskap, overordnet ledelse og drift av sykehusinstitusjonene (jf. Anderslandsutvalgets anbefalinger).<sup>26</sup> Etter reformen er det statens oppgave, som eier av foretakene, å formulere overordnede helsepolitiske mål, vedta rettslige rammer og sikre

---

for 2004 ble den aktivitetsbaserte andelen av finansieringen redusert til 30 prosent, jf. bl.a. Stortingsmelding nr. 5 (2003-04) og St. prp. nr. 1 (2003-04) Helsedepartementet. Grunnet sterk aktivitetsvekst de senere årene anses det ikke lenger nødvendig å stimulere ytterligere vekst med samme intensitet.

<sup>24</sup> Sosialdepartementet (1990:12): Forsøk med stykkprisfinansiering for inneliggende pasienter i somatiske sykehus – stykkprisforsøket. Fritt sykehusvalg, og også liberaliseringen av pasientenes rettigheter, styrker ytterligere dette konkurranseelementet sykehusene imellom.

<sup>25</sup> For 2004 understreket Helsedepartementet, i sitt styringsbrev til de fem RHF’ene, ansvaret for å integrere private leverandører av helsetjenester gjennom kjøp av tjenester.

<sup>26</sup> Med den nye regjeringen høsten 2005 (DnA, Sp og SV) justerte dette forholdet ved å kreve lokalpolitikere representert i foretaksstyrene.

finansiering. De regionale helseforetakene skal iverksette og gjennomføre politikken innenfor gitte økonomiske, administrative og rettslige rammer og sette sine underforetak i stand til å ivareta den daglige sykehusdriften. Et sentralt mål med reformen er knyttet til å gi de regionale og lokale foretakene utstrakt frihet til å velge virkemidler til gjennomføringen av sine respektive oppdrag (helsepolitikken). Modellen bygger på mål- og resultatstyring og fokuserer på resultatoppnåelse mer enn administrative prosedyrer. Beslutningsmyndighet er desentralisert i den hensikt å oppnå bedret omstillingsevne, større fleksibilitet og sikre service- og brukerorienterte tjenester. Dette skal legge et grunnlag for ”innovasjon, læring, erfaringsoverføring og positiv konkurranse.”<sup>27</sup>

Reformen inneholder en mulig dobbel effekt. Hensikten har vært desentralisering av myndighet og ansvar. Samtidig representerer den statlige overtakelsen elementer av sentralisering. Dette spenningsforholdet er interessant på flere måter, bl.a. ved at det åpner for at nye og gamle aktører kan redefinere innflytelse på helsepolitikken. En mulig konsekvens synes knyttet til det som kan tolkes som en repolitisering av feltet. Dette uttrykkes bl.a. ved at Stortinget ved flere anledninger har overstyrt regjeringens prioriteringer i finansieringssammenheng (jr. diverse tilleggsbevilgninger til foretakene, bl.a. revidert nasjonalbudsjett 2003 og 2004).

Foretaksreformen inngikk i sin tid som ett av ni tiltak under Stoltenberg I - regjeringens Program for fornyelse av offentlig sektor. Reformen skal ”....bidra til å realisere Fornyelsesprogrammets mål om effektivisering, økt handlefrihet og brukerorientering.”<sup>28</sup> Denne koblingen viser hvordan den forvaltningspolitiske utvikling og det forvaltningspolitiske innhold har fått direkte betydning i arbeidet med å videreutvikle spesialisthelsetjenestens funksjonsmåte.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Jf. Ot. prp. nr. 66 (2000-01: 29) Om lov om helseforetak m.m.

<sup>28</sup> Arbeids- og administrasjonsdepartementet (2001): Skritt på veien. Program for fornyelse av offentlig sektor.

<sup>29</sup> Foretaksreformens nære sammenheng med sentrale mål og verdier i forvaltningspolitikken mer generelt underbygges også i andre sammenhenger: Anderslandsutvalgets anbefalinger om ledelse av offentlige sykehus ble lagt til grunn i reformen og fokuserte bl.a. på et klarere skille mellom politikk og drift, erstatte regelstyring med målstyring, forsøk med organisering av sykehus som aksjeselskaper og la til grunn at sykehus bør styres på samme måte som en privat virksomhet, jf. Sosialdepartementet (1990): Ledelse i sykehus. Rapport fra arbeidsgruppe. Parallellen til det som er blitt kjernen i forvaltningspolitikken kan også observeres i Sørensenutvalgets anbefalinger (NOU 1999: 15): Utvalgets flertall anbefalte friere tilknytningsformer for sykehusene og mente det var behov for å organisere dem som noe annet enn forvaltningsorganer, eksempelvis foretak, stiftelser eller aksjeselskaper. Også dette utvalgets anbefalinger ble lagt til grunn for foretaksreformen.

### *Ulike reformer demonstrerer en felles retning*

Parallelt med grunnleggende endringer i organisering og i styrings- og finansieringsmåtene i spesialisthelsetjenesten har andre betydningsfulle og supplerende endringer funnet sted i (velferds-)sektoren for øvrig. Institusjoner og samhandling mellom aktørene i helsevesenet styres som om de er virksomheter i en markedsliknende konstruksjon, pasientene er kunder, sykehusene virksomheter og helsearbeidernes arbeid, også når arbeidets innhold er pleie og omsorg, karakteriseres som produksjon. Reformene er del av en større omstilling av offentlig sektor generelt.

Utviklingen kan på en interessant måte avleses i forholdet mellom prioriteringsutvalgene, av 1987 og 1997 (Lønningutvalget I og II). Det er flere sentrale poenger i forholdet mellom de to utvalgene. I denne sammenhengen vektlegges et markedsanalogt resonnement. I motsetning til i det første utvalget ble det i Lønning II-utvalgets anbefaling lagt til grunn tre kriterier som relevante i prioriteringssammenheng: tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets *kostnadseffektivitet*. ”Sammenliknet med tidligere retningslinjer mener utvalget at tiltakets nytte og kostnadseffektivitet må tillegges større vekt” (NOU 1997:18:16).<sup>30</sup> Nytte knyttes til helsetilstand. Kostnadseffektivitet er definert som at kostnadene bør stå i et rimelig forhold til tiltakets nytte.

### *Fastlegeordningen*

Fastlegeordningen ble innført 1 juni 2001 etter flere års forsøks- og forberedelsesfase. Med reformen organiseres den kommunale legetjenesten som kontraktsforhold med leger som er selvstendig næringsdrivende. Legenes virksomhet finansieres via tre kilder; basisgodtgjørelse (fast pris per pasient på pasientlisten), aktivitetselement (betaling per konsultasjon) og egenandeler fra pasienten. Finansieringssystemet bærer elementer av stykkprisfinansiering og den aktivitetsavhengige finansieringen er større enn før reformen. Blant flere mål er det i denne sammenhengen mest relevant å vektlegge reformens mål om å øke kvaliteten i allmennlegetjenesten<sup>31</sup> og hensynet til å understøtte pasientens rolle som kunde/aktør i et helsemarked: ”Folk får selv velge lege. Folk har også rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos annen lege enn sin fastlege.”<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Lønning I-utvalget; NOU 1987: 23. Lønning II-utvalget; NOU 1997:18. Interessant er det også å legge merke til at i Verdimeldingen, Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*, fremmes kostnadseffektiv drift som en verdi på linje med andre verdier for helsetjenestens virksomhet.

<sup>31</sup> Jf. Ot. prp. nr. 99 (1998-99)

<sup>32</sup> Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. Forskrift 2000-04-14 nr. 328. Sosial- og helsedepartementet



### *Trygdeetatens kjøp av helsetjenester*

Fra 1997 har trygdeetaten kjøpt helsetjenester for sykmeldte arbeidstakere som midlertidig er ute av arbeid i påvente av behandling. Hensikten er å bidra til at sykmeldte får raskest mulig behandling og på den måten kan returnere til arbeid uten unødige opphold i behandlingsskø. I 2003 kjøpte trygdeetaten helsetjenester for om lag 125 mill. kroner til om lag 15.000 pasienter. Ordningen har sin historiske forankring i de såkalte sykepengeprosjektene fra slutten av 1980-tallet hvor trygdeetat og helsevesen i samarbeid etablerte behandlingstiltak finansiert over sykepengekapittelet i statsbudsjettet. Logikken knytter seg til at midler fra sykepengekapittelet investeres i behandlingstiltak/helse, raskere enn hva som ellers ville vært tilfelle, for så å gi en innsparingseffekt i utbetalingen av sykepenger. Ordningen har bidratt til å skape etterspørsel i det private behandlerapparatet ved at en vesentlig del av pasientene (tidvis inntil 70 prosent behandles via private tjenesteprodusenter.<sup>33</sup> Fra 2005 (jf. revidert nasjonalbudsjett 2005) er ordningen under nedbygging som følge av at kø og ventetidsproblematikken for denne pasientgruppen er redusert gjennom produksjonsvekst i spesialisthelsetjenesten.

### *Utvidede pasientrettigheter - fra pasient til kunde*

Styrking av pasientenes stilling står sentralt i den nye helselovgivningen som trådte i kraft 1 januar 2001 (pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven). Utgangspunktet har bl a vært knyttet til at pasientene har måttet vente for lenge på helsetjenester, tilgangen til helsetjenestene har ikke vært god nok, kvaliteten på tjenestene har ikke vært tilstrekkelig og det har vært for store regionale forskjeller i tilbud og ventetid (jf. St. meld. nr 24 (1996-97)).

Pasientenes rettigheter ble dermed lovfestet og loven regulerer pasientenes rett til medisinsk vurdering innen 30 virkedager, rett til fornyet vurdering, informasjon og innsyn i journal samt utvidet klageadgang. To viktige rettigheter er lovfestet gjennom pasientrettighetsloven. Disse angår retten til nødvendig helsehjelp og retten til fritt å velge sykehus.<sup>34</sup> Ved Ot. prp. nr. 63 (2002-03) foreslår regjeringen ytterligere styrking av pasientrettighetene, bl.a. ved at flere

---

<sup>33</sup> Effektene av tiltaket er dokumentert, jf. NIBR-rapport nr 16/1999.

<sup>34</sup> Styrking av pasientrettigheter er en oppfølging av Samarbeidsregjeringens/Bondevik II-regjeringens politiske grunnlag (Sem-erklæringen). Her heter det bl.a.: (V, KrF og H) ....vil lovfeste pasientenes rett til behandling innen individuelle frister fastsatt på medisinsk grunnlag. Dersom fristen ikke overholdes skal pasienten tilbys behandling ved private institusjoner eller i utlandet for det offentlige regning.”

pasientgrupper gis adgang til fritt sykehusvalg og ved at fritt sykehusvalg også skal gjelde i private sykehus.

Retten til nødvendig helsehjelp gjelder både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Denne retten omfatter mer enn rett til behandling i sykehus, bl.a. plikter helsetjenesten å bistå den som søker helsehjelp på en slik måte at den enkelte er i stand til å ivareta sine rettigheter. Det er knyttet enkelte begrensninger til rettigheten, bl.a. er det et vurderingstema hvorvidt pasienten har nytte av behandlingstiltaket og om kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Retten til fritt sykehusvalg gjelder ved første gangs henvisning til behandling i sykehus. Retten gir ikke adgang til å velge behandlingsnivå og gjelder ikke ved øyeblikkelig hjelp. I tillegg til hensynet til å understøtte pasientenes rettigheter er en sentral begrunnelse for ordningen knyttet til målet om en samlet mer effektiv utnyttelse av ressursene i helsevesenet, jf. Ot. prp. nr. 63 (2002-03). I Helsedepartementets høringsnotat heter det at erfaringene med fritt sykehusvalg så langt tyder på at det er spesielle ressurssterke pasientgrupper som har benyttet seg av ordningen. Videre heter det: "En mulig effekt av utvidet rett til fritt sykehusvalg kan bli en enda sterkere prioritering av disse i forhold til andre pasientgrupper...." Det kan dermed se ut til at liberaliseringen av pasientrettighetene har konsekvenser knyttet til at tilgangen til helsetjenester delvis er en funksjon av den enkelte pasients ressursgrunnlag.

#### **2.4. Ulike reformer – felles reformideologi – felles retning**

Det er ovenfor vist til en del sentrale utviklingstrekk i norsk helsetjeneste de siste årene. De ulike reformene har flere klare fellestrekk. I sum refererer de ulike reformene til mål om bl.a. økt (kostnads-)effektivitet, høyere kvalitet, bedre tilgjengelighet og en mer fremtredende posisjon for pasienten. Virkemidlene er knyttet til markedsanaloge løsninger som konkurranse, økonomisk insentivbruk, selskapsorganisering, rettslig regulering av pasientrettigheter, etc. Helseinstitusjonene organiseres og styres som om de er private virksomheter som konkurrer om kunder.

Denne utviklingen representerer noe grunnleggende nytt i norsk helsepolitisk tradisjon. Samtidig er det flere indikasjoner på at denne utviklingen vil forsterkes, bl.a. tyder mye på at

helsemarkedet kan være i ferd med å bli et marked av internasjonal karakter. Tyske "Hamburg Health" har varslet at de vil "kaste seg inn i konkurransen om norske pasienter."<sup>35</sup>

I det påfølgende kapitlet beskrives sentrale trekk ved det norske private helseforsikringsmarkedet og de fremste aktørene i dette markedet.

---

<sup>35</sup> Erik Arntsen i Aftenposten 6 februar 2004. Arntsen samordner det tyske initiativet overfor Skandinavia og poengterer for øvrig: "Helsemarkedet blir dette tiårets store vekstsektor."

### **3. Privat helseforsikring i Norge; kort historie – rask fremvekst**

#### **3.1. Innledning**

Fremveksten av private helseforsikringer i Norge har funnet sted i løpet av kort tid. Fremstillingen har som hensikt å redegjøre for det private helseforsikringstilbudet slik det fremstår i dag og etablere et grunnlag for å vurdere på hvilken måte eksistensen av slike tilbud bidrar til å forsterke etterspørselen etter helseforsikringer:

- I hvilken grad bidrar egenskaper ved det private helseforsikringsproduktet til veksten i forsikringsomfanget?

For å etablere en sammenliknende referanseramme til utviklingen av private helseforsikringer i Norge, redegjøres det i dette kapittelet for private helseforsikringer i utvalgte OECD-land og hvordan disse organiseres i relasjon til respektive offentlige helsetilbud. Det norske private helseforsikringstilbudet fremstilles via de tre mest fremtredende aktørene i bransjen. Videre diskuteres enkelte sentrale forhold som understøtter denne utviklingen.

Private helseforsikringer representerer et nytt element i norsk organisering og finansiering av helsetjenester. Det er riktignok slik at helseforsikringstilbud, som livsforsikring i form av dødsrisiko og gjelds-/uføreforsikring, har eksistert en del år. Dette er forsikringer som gir rett til engangsutbetaling ved død og som gir økonomisk sikring ved sykdom og arbeidsuførhet. Disse forsikringstilbudene har representert et marginalt volum og skiller seg fra de siste årenes helseforsikringstilbud på flere måter. Det er bl.a. slik at de nye forsikringene ikke baseres på kontantutbetalinger, men representerer et tjenestetilbud hvor forsikringsselskapet dekker hele eller deler av utgiftene til behandling og også organiserer behandlingsforløpet.

#### **3.2. Privat helseforsikring i utvalgte land i OECD-området; et norsk forbilde?**

Utviklingen i forvaltningspolitikken og forvaltningsorganiseringen i Norge, har de siste par tiår hentet inspirasjon fra andre OECD-land med OECD selv som formidler av forbilder og verdier. Dette kan særlig knyttes til mål- og resultatstyring, konkurranseutsetting, privatisering, brukerorientering m.m. (Christensen og Læg Reid 1997: 375). Utviklingen er tuftet på ideer hvor næringslivsorganisering og -verdier er gjort til forbilde (Olsen 1990:10).

Som det er vist til foran synes denne sammenhengen å være sentral i forståelsen av de reformer og endringer som har funnet sted i helsesektoren de siste to decennier.

Det kan være grunn til å sette utviklingen av private helseforsikringer i Norge inn i samme perspektiv. Vil OECD-landenes erfaringer og løsninger i organiseringen av det private helseforsikringstilbudet ha tilsvarende betydning i den norske sammenhengen?

### *Privat helseforsikring i OECD*

Privat helseforsikring i land innenfor OECD-området varierer i betydning, spiller ulike roller i relasjon til den offentlige helsetjenesten og er gjenstand for ulike myndighetsstrategier. I enkelte land betraktes privat helseforsikring verken som ønskelig eller påkrevd, andre land ser på privat helseforsikring som et nødvendig supplement til den offentlige helsetjenesten.

Gjennomsnittlig utgjør kostnadene til helsetjenester i OECD-landene 8 prosent av brutto nasjonalproduktet, og andelen er økende. Tre fjerdedeler av kostnadene er offentlig finansiert. Omfanget av private helseforsikringer varierer i stor grad mellom landene, men utgjør bare om lag en fjerdedel av det private bidraget til å finansiere helsetjenester. Samtidig er det slik at innenfor en tredjedel av OECD-landene har minst 30 prosent av befolkningen privat helseforsikring.

### *Privat helseforsikring har ulik betydning i ulike OECD-land*

Grovt sett skilles det i OECD mellom fire ulike modeller for utforming og organisering av private helseforsikringsordninger og forholdet mellom offentlig og privat finansiering av helsetjenester.<sup>36</sup> De fire modellene refereres nedenfor og angår hvordan offentlige og private helsesystemer utformes i kombinasjoner. Disse relaterer alle på ulike måter til det overordnede forholdet mellom frivillige vs. obligatoriske forsikringer på den ene siden og skattebasert vs. premiebaserte systemer på den andre siden, jf. kap. 2.3.

I USA, Nederland og Tyskland utgjør privat helseforsikring en isolert kilde til dekning av kostnader til helsetjenester for grupper av befolkningen som ikke har tilgang til offentlige helsetjenester. Privat helseforsikring representerer i slike systemer en *primærkilde* i forhold til å sørge for tilgang til og finansiering av helsetjenester. I USA har 72 prosent av befolkningen

---

<sup>36</sup> OECD health working papers 15 (2004): Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems

en eller annen type privat helseforsikring. Det direkte offentlige engasjementet via Medicare og Medicaid er avgrenset til eldre, handikappede og utvalgte fattige deler av befolkningen. I Nederland er om lag 33 prosent av befolkningen, høyinntektsgruppene, ekskludert fra offentlige helsetjenester og må sikre tilgang og finansiering av helsetjenester via private forsikringsløsninger. I Tyskland kan utvalgte deler av befolkningen, med inntekter utover et visst nivå, organisere helsetjenester via private forsikringer, og på individuelt og frivillig grunnlag tre ut av ordinære offentlige ordninger. I land med denne typen fordeling mellom offentlig og privat organisert helsetjeneste representerer private løsninger et eget selvstendig alternativ til offentlige ordninger.

Andre land organiserer private løsninger i *parallellell* til det offentlige tilbudet. I Australia, Irland, New Zealand og England dupliserer privat helseforsikring den offentlige og universelle dekningen av helsetjenester. Privat helseforsikring fremstår som et tillegg til offentlige løsninger.

I atter andre land er privat helseforsikring i hovedsak utformet for å dekke kostnader i forholdet mellom det offentlige ordninger dekker og det helsetjenester faktisk koster. Privat helseforsikring virker *komplementære* i forhold til de offentlige ordningenes dekningsgrad. Slike ordninger dominerer i Frankrike hvor mer enn 90 prosent av befolkningen har privat helseforsikring. Løsninger av denne typen er også tilgjengelig i USA for enkeltpersoner som omfattes av Medicare. Privat helseforsikring dekker på denne måten kostnadsgapet mellom offentlige ordninger og de faktiske kostnadene ved helsetjenestene.

Innenfor den fjerde og siste hovedvarianten av forholdet mellom offentlige og privat organiserte helsetilbud fremstår private helseforsikringer som et *supplement* til offentlige tilbud. I slike systemer finansierer privat helseforsikring varer og tjenester som ikke dekkes av offentlige ordninger. I Canada har 65 prosent av befolkningen slik privat forsikringsdekning. I Sveits har 80 prosent av befolkningen tilsvarende privat helseforsikring som et tillegg til den dekning som representeres ved den offentlige skattebaserte helsetjenesten.

Bakgrunnen for ulik organisering og finansiering av helsetjenester via kombinasjoner av privat og offentlig dekning av tilbudet av helsetjenester er mange. En sentral faktor for omfanget av privat helseforsikring i enkeltland, kan knyttes til graden av tilfredshet med det offentlige tjenestetilbudet og dermed etterspørselen etter private løsninger.

Basert på OECD-rapporter kan sentrale karakteristika ved forholdet mellom offentlig og privat forsikringsdekning av helsetjenester skjematisk fremstilles slik:<sup>37</sup>

*Ulike OECD-land og privat helseforsikring i andel av BNP, andel av befolkningen med privat helseforsikringsdekning og type system i forholdet mellom offentlige og private løsninger, per år 2000.*

	Privat helse - forsikring i prosentandel av BNP	Prosentandel av befolkningen med privat helseforsikring	Type forhold mellom offentlig og private løsninger
Australia	7,3	44,9	Parallell, Komplementær
		40,3	Supplement
Canada	11,4	65	Supplement
Frankrike	12,7	92	Komplementær, Supplement
Tyskland	12,6	9,1	Primær
		9,1	Supplement, Komplementær
Irland	7,6	43,8	Parallell, Komplementær, Supplement
New Zealand	6,3	35	Parallell, Komplementær, Supplement
Nederland	15,2	28	Primær
		64	Supplement
Sveits	10,5	80	Supplement
England	3,3	10	Parallell, Supplement
USA	35,1	71,9	Primær, Supplement, Komplementær

*Tilsvarende for Norden*

Danmark	1,6	28	Komplementær, Supplement
Finland	2,6	10	Parallell, Komplementær, Supplement

*OECD-landenes erfaringer? Hvordan beskrives effektene av privat helseforsikring?*

OECD har gjennomgått betydningene av private helseforsikringer langs ulike dimensjoner (jf. bl.a. OECD policy brief, september 2004: Private health insurance in OECD countries).

---

<sup>37</sup> Se bl.a. OECD policy brief, september 2004: Private health insurance in OECD countries.

OECD-rapporter skal ikke leses som uavhengige kunnskapsdokumenter. OECD bidrar til å understøtte utvalgte utviklingstrekk fremfor andre og er således ikke å sammenlikne med forskningsrapporter og lignende uavhengige kunnskapsprodukter. Når det er referert til OECD i denne sammenheng er det først og fremst for å beskrive enkelte sentrale erfaringstrekk ved private helseforsikringer i land norske strukturer og løsninger ofte sammenliknes med. På den måten etableres også en kontekst som den norske utviklingen av private helseforsikringer kan relateres til.

I hvilken grad private helseforsikringer bidrar til bedre tilgang til helsetjenester og gir bedre dekning enn offentlige ordninger, synes avhengig av omfanget av det private markedet og graden av forsikringsdekning. I land hvor offentlig ordninger ikke gir universell eller tilfredsstillende dekningsgrad har private forsikringsordninger bidratt til økt tilgang til helsetjenester. I land hvor forsikringsmarkedet ikke er tilstrekkelig omfattende, gir ikke private ordninger god nok dekning. I systemer hvor privat helseforsikring er organisert parallelt til offentlige ordninger, ser det ut til disse gir kortere ventetid til elektiv kirurgi, men de private ordningene bidrar ikke til tilsvarende reduksjon i ventetid på behandling i det offentlige helsetilbudet.

OECD-rapporten slår fast at private helseforsikringer har gjennomgående liten betydning for kvaliteten på det tjenestetilbudet som er tilgjengelig i OECD-landene. Det fremstår også problematisk å betrakte private helseforsikringsordninger slik at de bidrar til økte valgmuligheter og større individuell ansvarlighet ift egen helse. Betydningen av økte valgmuligheter svekkes bl.a. av den enkeltes mulighet til å orientere seg i et uoversiktlig marked hvor ulike tilbud i liten grad er sammenliknbare. I tillegg ser det ut til at valgfriheten reduseres for personer med lidelser eller en livsstil som øker sannsynligheten for høyt forbruk av tjenester. Dette ved at disse gruppene ”prises” ut av markedet.

OECD hevder også at eksistensen av private helseforsikringer, nesten uavhengig av hvordan tilbudet organiseres, ikke bidrar til å redusere kostnadspresset i den offentlige helsetjenesten, bl.a. fordi personer med privat helseforsikring samtidig oftest også har tradisjonell dekning via offentlige systemer. Private forsikringsordninger bidrar tvert imot til at kostnadsnivået samlet sett øker. I land hvor private helseforsikringsordninger har de mest fremtredende funksjoner, som USA, Tyskland og Frankrike, er det samlede kostnadsnivået per capita høyest.



Private helseforsikringer synes gjennomgående heller ikke å bidra til mer effektive helsetilbud. Private forsikringstilbud er bl.a. forbundet med høye administrasjonskostnader, og at det eksisterer få insentiver for kostnadseffektiv drift. Den reelle konkurransen mellom ulike tilbud er begrenset på bakgrunn av lav mobilitet mellom ulike tilbud og aktørene har interesse av hyppige endringer i ulike tilbudsbetingelser og risikoprofiler.

Myndighetene i ulike OECD-land har i liten grad vært villig til å regulere private forsikringsmarkeder i den hensikt å standardisere tilbudene og fremme likhet i tilgang til helsetjenester. Dette fordi dette vil innebære kostnader over offentlige budsjetter og reduserer fleksibilitet i markedet.

OECD gir inntrykk av at effektene ved privat helseforsikringer er begrenset, dog er det store variasjoner løsninger og land imellom. Samtidig uttrykker OECD at myndighetene i ulike land kan møte utfordringene gjennom virkemiddelbruk. Det kan utvikles standarder for å lette tilgangen til privat forsikringsdekning for høyrisikogrupper. Prisforskjeller mellom offentlige og private helsetjenester kan reguleres gjennom å intervenere i det offentlige finansieringssystemet. Private forsikringstakere kan via offentlige inngrep i markedsføring av forsikringstilbud øke den reelle muligheten til informerte valg mellom ulike tilbud og slik stimulere markedet til mer kostnadseffektive løsninger.

### **3.3. Det norske tilbudet av private helseforsikringer**

Av de ulike selskap og forsikringstilbud på markedet konsentreres fremstillingen om tre ulike og høyt profilerte aktører; Vertikal Helseassistanse AS, Skandia Forsikring og Storebrand Helse AS. Dette er for tiden de tre ledende selskapene i helseforsikringsmarkedet og har sin opprinnelse i andre halvdel av 1990-tallet. Disse dominerer det norske markedet og har samlet sett mer enn 90 prosent markedsandeler.

#### *Vertikal Helseassistanse AS*

Vertikal Helseassistanse AS har eksistert i Norge siden 1998 og tilbyr forsikringsbaserte helsetjenester til arbeidsgivere, privatpersoner, organisasjoner og kommuner. Selskapet profilerer sitt tilbud som et bidrag til redusert sykefravær, redusert ventetid på behandling, etc. Forsikringsproduktene er i utgangspunktet predefinerte. Ved behov for medisinsk hjelp skal

selskapet kontaktes via forsikringstakers lege. Alle selskapets kunder har en garantert rett til konsultasjon hos spesialist innen 10 dager.

Forsikringstaker plikter å gi selskapet adgang til å innhente all relevant medisinsk informasjon om forsikrede. Selskapet er på sin side forpliktet til å slette slik informasjon senest 6 måneder etter at behandlingen er avsluttet. Vertikal dekker kostnader til konsultasjon, operasjon og annen behandling ved de sykehus/behandlingssteder selskapet har avtale med i Norge, Norden, eller i Europa for øvrig.

Vertikal Helseassistanse representerer ikke en tradisjonell forsikringsløsning, men kan mer presist beskrives som en medisinsk/helsefaglig kompetanseorganisasjon som utnytter de muligheter som systemet gir (pasientrettigheter, fritt sykehusvalg, etc.). Selskapet har et nettverk med sykepleiere spredd rundt i landet som bistår enkeltvirksomheter og enkeltmennesker med å fremme sine interesser mot helsetjenesten. I bunn av sin virksomhet tilbyr selskapet en tradisjonell forsikringsløsning som skal gi trygghet for at et helsetilbud foreligger, dersom et helsetilbud ikke kan tilbys på annen måte eller om helsetilbudet som ytes ikke holder tilstrekkelig kvalitet.<sup>38</sup> Vertikal Helseassistanse spiller på denne måten to roller; rollen som organisator (tredjepart eller megler) mellom den forsikrede og systemet/helseprodusenten og den mer tradisjonelle rollen som forsikringsselskap.

Den forsikrede må være under 67 år på innmeldingstidspunktet, være bosatt i Norge og kvalifisere for norske trygderettigheter. Forsikringen reserveres mot utvalgte lidelser/behandlinger bl.a. organtransplantasjoner, kjønnsskifte, sterilisering, tannhelse, kosmetisk kirurgi.

Premien bestemmes av hvilken type behandlingsgaranti som ønskes, dvs behandling innen 28, 20 eller 10 dager:

*Beløp i kroner per år*

Premie/produkt	Behandlingsgaranti 28 dager	Behandlingsgaranti 20 dager	Behandlingsgaranti 10 dager
----------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

---

<sup>38</sup> Selskapet beskriver seg selv som en medisinsk kompetanseorganisasjon med et forsikringsprodukt i bunn. Dette i motsetning til andre forsikringsselskaper som ivaretar og markedsfører regulære forsikringsprodukter delvis utformet på grunnlag av medisinsk kunnskap (samtale 12 februar 2004).

Premie	1240	1700	3150
--------	------	------	------

Premien er den samme uavhengig av alder på forsikrede. Risiko er spredd og avtalene baseres ikke på individuell risiko slik andre selskap er vanligvis gjør. Helsetilstand, risikoøkende atferd, alder, etc. har ingen betydning for premiens størrelse.

Privat helseforsikring for kommunene er noe annerledes innrettet. Dette er et spesialprodukt som retter seg mot alle innbyggerne i en kommune og som har til hensikt å sikre spesialisthelsetjenester innen avtalt tidsramme. Forsikringen reserverer seg mot de samme lidelser/behandlinger som ovenfor. Kostnadsrammen er mellom 500 og 900 kroner per innbygger per år avhengig av behandlingsgarantien. Den kommunen som har fått mest oppmerksomhet knyttet til slik forsikring er Eidskog kommune.<sup>39</sup>

#### *Skandia Forsikring*

Skandia tilbyr helseforsikring i 4 produktnivåer organisert i en trappetrinnsmodell. Forsikringsløsningene benevnes Operasjon, Bonus, Pluss og Excellent. Operasjonsforsikring er den enkleste og rimeligste forsikringen. Denne gir tilgang til operasjon etter medisinsk vurdering. Forsikringen er rettet mot arbeidsgivere som forsikrer sine ansatte. Ektefelle/samboere og barn over 1 år kan medforsikres. Forsikringen dekker utgifter som påløper fra spesialisthenvisning til operasjonsvurdering, operasjon ved ett av selskapets private avtalesykehus, kostnader til rekonvalesens/rehabilitering etter sykehusopphold og reise og opphold ifm behandling. Det er ingen egenandel knyttet til forsikringstilbudet og det er ingen øvre kostnadsgrense.

Premienes størrelse er avhengig av alder. Eksempelvis koster forsikringen 750 kroner per år for en person mellom 20 og 29 år og 2500 kroner per år for en person mellom 55 og 59 år.

Det neste trinnet i forsikringstrappen, helseforsikring Bonus, tilsvare egenskapene ved forsikringen ovenfor, med enkelte tillegg. Forsikringen dekker både medisinsk og kirurgisk sykehusbehandling. Det er inkludert tilbud om inntil 10 psykologkonsultasjoner og 12 timer fysioterapi/kiropraktikk og ubegrenset antall behandlinger hos legespesialist, etter henvisning

---

<sup>39</sup> I følge Aftenposten 3 juli 2003 er alle kommunens innbyggere forsikret. 493 av kommunens innbyggere har benyttet behandlingsgarantien. Dette skal ha medført 57117 døgn i helsekø – uten at beregningsmåten fremgår av artikkelen.

fra lege. Forsikringen må tegnes før forsikrede fyller 64 år, men kan forlenges så lenge som ønskelig.

Premiene varierer etter alder og utgjør 1.010 kroner per år for personer mellom 20 og 29 år og 3.250 kroner for personer mellom 55 og 59 år.

Trinn tre, helseforsikring Pluss, gir også tilgang til selskapets nettverk av allmennleger. Ved behandlingsbehov lover forsikringen å bistå gjennom hele behandlingsforløpet. Forsikringen gjelder ellers som helseforsikring bonus, men med enkelte tilleggstjenester. Selskapet stiller til rådighet en egen ordning med døgnskuttetlig sykdomsrådgiving over telefon, inntil 20 konsultasjoner hos psykolog/psykiater, inntil 20 behandlinger hos fysioterapeut/kiropraktor, reise- og opphold ifm behandling også for ledsager, revurdering ved spesialist. Forsikringen gjelder også ved utenlandsreise som varer inntil 45 dager.

Premien beregnes avhengig av alder og geografi, på følgende måte:

*Beløp i kroner per år (Sone 2 og 3 gjelder i hovedsak personer stasjonert i utlandet)*

Alder/geografi	Sone 1 (Norden)	Sone 2 (øvrige Europa)	Sone 3 (resten av verden)
20-29	2550	2800	3360
40-44	4540	4990	6100
55-59	7990	8550	10230

Fjerde trinnet, helseforsikring Excellent, tilbyr i tillegg til innholdet i de foregående trinnene, bl.a. ubegrenset tilgang på behandlere/sykehus, (30 behandlinger hos kiropraktor/fysioterapeut og psykolog) erstatning for reseptpliktige legemidler, vaksinasjonsrådgivning og vaksinasjoner ved utenlandsreise, helsekontroll hvert annet år, og erstatning for utgifter til gjennomføring av behandling mot misbruk av alkohol, narkotika og spillgalskap. Premiene beregnes som ovenfor, men med høyere satser:

*Beløp i kroner per år (Sone 2 og 3 gjelder i hovedsak personer stasjonert i utlandet)*

Alder/geografi	Sone 1 (Norden)	Sone 2 (øvrige Europa)	Sone 3 (resten av verden)
20-29	5950	6550	7200
40-44	7900	8700	9550

55-59	11900	12950	14245
-------	-------	-------	-------

### *Storebrand Helseforsikring AS*

Storebrand Helse tilbyr også en helseforsikringsløsning som er trinnbasert. Det mest omfattende produktet, Behandlingsavtale Topp, gir bred dekning. Det er ingen begrensninger i ansvarstid eller forsikringssum slik at sykdomstilstander som krever behandling og eller oppfølging ikke er begrenset oppad i tid eller kostnader. Videre dekker forsikringen behandling hos fysioterapeut (24 per år) og kiropraktor (12 per år), undersøkelser og operasjon på sykehus - også om operasjon ikke er nødvendig, dagbehandling i klinikk/sykehus, undersøkelser og behandling ved transplantasjoner og alle typer kreftbehandling. Ved innleggelse i sykehus og ved dagkirurgi dekkes også reise- og oppholdsutgifter, også for ledsager til barn under 18 år. Videre dekkes nødvendig rehabilitering i inntil 14 dager. Innleggelse i sykehus må skje via allmennlege eller spesialist og skal forhåndsgodkjennes av selskapet. Storebrand slår fast at ”dette er markedets mest solgte helseforsikring. Du er garantert sykehusinnleggelse innen 28 dager. Når du får en plage eller sykdom går du til bedriftslegen eller din allmennlege, derfra er alle utgifter dekket.”<sup>40</sup>

Et mindre omfattende produkt er Behandlingsavtale. Dette produktet legger heller ikke begrensninger på ansvarstid eller forsikringssum. Produktet er imidlertid begrenset i forhold til Behandlingsavtale Topp, ved at det ikke er dekning for behandling hos fysioterapeut og kiropraktor og ved at transplantasjoner og sykehusinnleggelse uten operasjon ikke omfattes av forsikringen.

Storebrand tilbyr også et produkt som kalles Operasjonsavtale. Forsikringen er innrettet mot rask håndtering av situasjoner som krever operative inngrep og som det vanligvis er relativt lang ventetid på i det ordinære behandlerapparatet. Det er dekning for både dagkirurgi og sykehusinnleggelser med operasjon, med kostnadsramme inntil 200.000 kroner. Ansvarstiden er 2 år.

For bedrifter med over 20 ansatte, tilbyr Storebrand et eget bedriftsprodukt som benevnes Behandlingsavtale Pluss. Innholdet er som for Behandlingsavtale Topp, med unntak av at

---

<sup>40</sup> [WWW.storebrand.no/storebrand/helse/SBHelse](http://WWW.storebrand.no/storebrand/helse/SBHelse)

organtransplantasjon ikke er inkludert. Samtidig det er mulig å knytte psykologibehandling til som en tilleggsdekning. Prisen er den samme for alle ansatte og det foretas ingen risikovurdering.

I tilknytning til forsikringene er det etablert en egen kommunikasjonslinje, HelpLine, som er bemannet med sykepleiere. Via dette systemet håndteres kundesøknader, avtaler med sykehus eller spesialist organiseres, samt hjelp til å ordne nødvendig reise og opphold til og fra behandlingssted.

Forsikringene forutsetter medlemskap i folketrygden. Premiene er avhengig av valg av forsikringsprodukt, alder, helsetilstand og hvorvidt kunden røyker eller ikke. Forsikring må tegnes før forsikrede fyller 66 år, men kan beholdes livet ut. For røykere gjelder 25 prosent påslag i premie. Eksempler på premier (ikke røykere):

*Beløp i kroner per år*

Alder/Produkt	Behandlings- Avtale Topp	Behandlings- Avtale	Operasjons- Avtale	Behandlingsavtale Pluss
26-30	2.928	1.920	1.008	Fast pris per ansatt varierer fra ca: 2000-2500
56-60	7.468	5.328	3.072	

### **3.4. Hvor omfattende er fremveksten av private helseforsikringer i Norge?**

Private helseforsikringer har hatt en betydelig vekst i omfang og tilbydere de senere år. Som en illustrasjon på veksten er det nedenfor gjengitt antall forsikrede personer fordelt på de tre markedsledende selskapene, i perioden 1998 til 2005. Selskapene selv, samt Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) er kilder til innholdet i tabellen. FNH er bransjeorganisasjonen og startet denne typen registrering i 2003. Tallene fra Vertikal Helseassistanse er gitt av selskapet, ettersom Vertikal ikke er medlem i FNH og ikke omfattes av FNHs registrering.

Tabellen under angir en sterk vekst i antall personer med helseforsikring. Veksten synes stadig sterkere og gir uttrykk for et markant utviklingstrekk. Fra utgangen av 2003 til 30 juni 2004 har det samlede antallet personer forsikret økt fra 23.552 til 35.424 Dette tilsvarer en vekst på omlag 55 prosent. Tilsvarende for perioden andre halvår 2004 til andre halvår 2005

har veksten i antall forsikrede personer vært på om lag 15.000 personer. Dette tilsvarer en vekst på om lag 45 prosent.

*Antall bedrifts(arbeidsgiver-)finansierte vs. Privat(egen-)finansierte helseforsikringer fordelt på selskap(tabellen viser antall forsikrede personer)<sup>41</sup>*

År/Selskap	Storebrand Helse		Skandia Forsikring		Vertikal Helse-assistanse		Samlet (de tre markedsleaderne)		
	Bedrift	Privat	Bedrift	Privat	Bedrift	Privat	Bedrift	Privat	Samlet
1998	90	110					90	110	200
1999	940	960					940	960	1.900
2000	1.570	1.700			3.201		4.771	1.700	6.471
2001	2.220	2.500			4.240		6.460	2.500	8.960
2002	3.700	3.560			7.685		11.385	3.560	14.945
2003	2.022	9.068	2.033	173	10.256		14.311	9.241	23.552
2004	3.638	10.263	3.586	209	16.448	2.204	23.672	12.676	36.348
2005	8.721	10.902	9.832	227	21.151	4.967	39.704	16.096	50.800
2006	12.497	11.180	11.559	284	31.207	7.434	55.263	18.898	74.161

Kilde: Selskapenes egenrapportering frem til 2003 (for Vertikal Helseassistanse gjelder egenrapportering i helse perioden). Finansnæringsens hovedorganisasjon fra og med 2004.

I denne sammenhengen er veksten angitt for de tre markedsleaderne. I tillegg til det som her er referert kommer forsikrede i andre selskap, nasjonalt og internasjonalt. Disse representerte 6.553 avtaler i 2006, hvorav 6.105 var kollektive og 448 var private avtaler.

Det er gradvis flere selskap som tilbyr helseforsikringer og volumet av forsikringsavtaler er også økende i disse. Det kan nevnes at selskaper som IF, Gjensidige Nor Forsikring, Vesta Forsikring og Vital Forsikring de siste par årene har rekruttert et betydelig antall forsikringskunder, om enn i mindre volum enn markedsleaderne. Fra 2005 kan det registreres økte markedsandeler for disse selskapene, ikke på bekostning av andre selskaper, men fordi markedet ekspanderer.

<sup>41</sup> Pålitelige tall før 2003 er vanskelig å registrere for samtlige selskap. Dette henger etter all sannsynlighet bl.a. sammen med uklare registreringsrutiner, lavt volum i antall forsikrede og det faktum at bransjeorganisasjonen FNH ikke hadde begynt å registrere tall av denne typen. Åpne celler indikerer at selskapet ikke hadde et forsikringstilbud eller at det tilbudet som var ikke ble registrert.

Veksten i antall personer med privat helseforsikring synes entydig og sterk, selv om det samlede antallet kanskje må karakteriseres som moderat. Det er vanlig å anslå at vel 2 millioner av befolkningen er yrkesaktive, inkludert deltidsarbeidende.<sup>42</sup> Gitt dette utgangspunktet (2006-tall) utgjorde det samlede antallet personer i norsk arbeidsliv med privat helseforsikring vel 0,3 prosent i 2000, 1,8 prosent i 2004 og nesten 4 prosent i 2006.

I kapittel 5 analyseres datamaterialet fra spørreundersøkelsen. Her fremkommer at nesten 12 11 prosent av alle landets virksomheter har privat helseforsikring. Ytterligere betydningsfull blir denne utviklingen i relasjon til spørsmål om hvordan denne moderate, men stadig voksende andelen av yrkesaktive med privat helseforsikring finansiert av arbeidsgiver, fordeler seg i arbeidslivet. De sammenhenger som gjør seg gjeldende for disse 3,5 prosent av arbeidsstokken med privat helseforsikring omtales nedenfor, i kapittel 5.

Samtidig er enkelte trekk ved det siste årets utvikling verdt et par særskilte kommentarer. Egenfinansierte helseforsikringer har en tilsvarende vekst som for arbeidsgiverfinansierte, om enn i lavere volum. Interessant er det å merke at utviklingen i antallet med individuelle/egenfinansierte forsikringer hos Storebrand Helse og Skandia forsikring avtar og flater ut fra 2003. Dette er imidlertid ikke tilfellet for Vertikal helseassistanse.

Dersom en ser bort i fra at dette kan representere naturlige variasjoner eller at utviklingen i markedet justeres etter en periode med veldig sterk vekst, er det sannsynligvis to mekanismer som har samtidig innflytelse på situasjonen; skatteendring og forsikringspremiens størrelse.

Det åpenbare generelle poenget som kan influere på reduksjon i vekstraten er reverseringen av skattefritaket (innført i 2003), med virkning fra 1. januar 2006, jf. kapittel 3.5. Dette medfører økte kostnader for både den som forsikres (arbeidstakeren) og økt arbeidsgiveravgift for arbeidsgiver. Når dette ikke ser ut til å ha synlig virkning for Vertikal Helseassistanses vekst er det rimelig å knytte dette forholdet til at forsikringspremien gjennomgående er betydelig lavere i dette selskapet enn hos konkurrentene (Storebrand og skandia). Sogar kan hende at en større del av veksten i markedet flyttes til Vertikal helseassistanse som en følge av nettopp dette forholdet.

---

<sup>42</sup> Statistisk sentralbyrå: Arbeidskraftundersøkelsen 2 kvartal 2006.



Uavhengig av disse nyansene er veksttrenden i markedet de senere årene markant. Effekten av myndighetenes disposisjoner og andre forhold må observeres over et lengre tidsrom før det evt. er grunnlag for å trekke andre konklusjoner om utviklingen.

#### *Hvorfor denne veksten i privat helseforsikring?*

Etterspørselen etter helsetjenester synes kontinuerlig tiltakende. Noe av etterspørselsveksten kan knyttes til økt økonomisk handlekraft og etterspørsel etter nye typer tilbud som bl.a. kosmetiske og forebyggende helsetjenester. Det forhold at befolkningen lever lengre, fører til økte forekomster av ulike typer sykdommer som skaper økt behov for helsetjenester. Relativt lave egenandeler bidrar til lav terskel for å etterspørre de samme tjenestene. Den medisinske-teknologiske utvikling gjør det mulig å behandle flere sykdommer og flere pasienter med lidelser som før ikke kunne behandles. I tillegg bidrar markedsaktører som leggemiddelindustrien til å definere stadig nye behandlingsformer og nye behandlingstilbud og stadig nye tilstander defineres som sykdom som trenger helsetjenester (medikalisering).

Dette er faktorer som hver for seg og samlet bidrar til å øke etterspørselen etter helsetjenester. Samtidig er det offentliges evne (og vilje) til å dekke kostnadene ved etterspørselsveksten problematisk. I en situasjon med sterkt voksende utgifter til det offentlige helsevesenet, problematiseres befolkningens tillit til at det offentlige skal kunne ivareta den enkeltes forventninger og behov. Kostnadene til produksjon av helsetjenester har alternative bruksområder og staten må kontinuerlig vurdere hvordan statens samlede ressurser best skal anvendes for å imøtekomme ulike krav og komplekse mål. Samtidig bidrar skattefinansieringen av helsetjenesten til et mulig effektivitetstap ved at skatteplikt påvirker den enkelte og virksomhetene på en måte som medfører produktivitetstap (skattefinansieringskostnad).

Utviklingen i etterspørsel etter helsetjenester og i statsfinansielle forhold, representerer sannsynligvis direkte og indirekte bidrag til at private helseforsikringer øker i omfang og markedsandeler. I tillegg pågår en utvikling mot sterkere vektlegging av hensyn til den enkeltes rettigheter og behov, på bekostning av en mer tradisjonell kollektiv verdiorientering. Aggregative prosesser ser ut til å erstatte integrative. Dette understøtter en utvikling mot private, markedsbaserte og individuelt tilpassede løsninger/tjenester. Tjenestenes innhold blir på mange måter viktigere enn hvordan tjenestetilbudet organiseres.

Den kollektive innretningen av det moderne samfunn er ikke meningsbærende på samme måte som i etterkrigstidens samfunn. Dette spenningsforholdet mellom individuelle og kollektive krav og interesser er relativt nytt i norsk sammenheng og forvaltningen har ingen velutviklet tradisjon eller praksis for å håndtere dette forholdet. I den tradisjonelle velferdsstaten var fokuset innrettet mot å styre og fordele kollektive goder (Graver 2002). Det ser ut til å pågå en utvikling fra virkemiddelorientering (fordeling/omfordeling av vekst) til rettighetsorientering (prioritering av offentlige ressurser) (op.cit.).

Utviklingen i pasientrettigheter kan leses i denne sammenhengen. Rettighetsorienteringen understøtter den enkeltes krav overfor tjenesteprodusenten/myndighetene. I motsetning til tidligere, har den enkelte pasient i dag en potensielt sterk støtte i ulike ordninger, organisasjoner og rettslige krav. Forvaltningen forutsettes å være responsiv i forhold til reaksjonene i markedet. Det offentliges måte å møte kritikk og nye behov, har vært brukerorientering og serviceerklæringer som har til hensikt å imøtekomme brukerens behov og forventninger. I et marked er behovene individuelle, og det er ikke uten videre slik at den enkeltes behov er i overensstemmelse med de mål og prioriteringer som gjelder for forvaltningen. Dette leder til et mulig konflikttema i forholdet mellom forvaltningen på den ene siden og brukernes individuelle markedsdisposisjoner på den andre siden.

Pasientrettighetsutviklingen bidrar til denne utviklingen og bærer implisitt endrede relasjoner mellom forvaltning og samfunn/individer. Forholdsmessighetsvurderinger blir mer sentrale enn kollektivt vern mot misbruk, rettstap og utenforliggende hensyn. Denne utviklingen representerer ulike konsekvenser. En konsekvens er at man i dette perspektivet med rimelighet må kunne anta at jo mer innflytelse den enkelte prinsipielt erkjennes, jo mer vil den enkeltes ressursgrunnlag avgjøre innholdet i den tjenesten som tilbys. I siste instans vil helsetilbudet avhenge av den enkeltes evne til å tilegne seg tilbudet: ”Hvorvidt pasientrettighetslovgivningen har fått betydning for befolkningen ser ut til å avhenge av pasientenes årvåkenhet i forhold til å påberope seg rettigheter” (Legeforeningens tidligere president Hans K Bakke 20 mars 2003).<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> I tidsskrift for legeforeningen (2003:1751-52): Styrkede pasientrettigheter –et riktig forslag med mulige fallgruber.

Dette synes å representere det generelle bilde. I tillegg har det også funnet sted mer (lov-) tekniske endringer som har stor betydning for forsikringsselskapenes rolle som produsenter og tilbydere av helsetjenester.

### **3.5. Endrede skatteregler stimulerte det private helseforsikringsmarkedet**

Et viktig bidrag til de private helseforsikringenes raske vekst de siste årene, må knyttes til endringene i skattereglene fra 1 januar 2003. Tidligere har det vært slik at dersom en arbeidsgiver har dekket behandlingsforsikringer eller direkte behandlingsutgifter for ansatte, har dette vært betraktet som lønn og beskattet på den ansattes hånd som personinntekt og på arbeidsgivers hånd som økt arbeidsgiveravgift.

I forbindelse med Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett 2002 (jf. Dokument nr. 8: 90 (2001-02)) gjorde Stortinget et anmodningsvedtak og regjeringen ble bedt om å fremme forslag om å unnta private helseforsikringer arbeidsgiveravgift og personskatt fra 1 januar 2003. Dette var en del av budsjettforliket mellom Bondevik II-regjeringen og FrP i Stortinget i forbindelse med. behandlingen av RNB 2002. Den politiske begrunnelse var knyttet til reduksjon av sykepengeutbetalinger og sykefravær. Saken ble fulgt opp av regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2003. I Stortingets behandling av budsjettet, ble det vedtatt å endre skattereglene slik at private helseforsikringer ble unntatt skatteplikt for både arbeidstaker og arbeidsgiver. Denne endringen, representerte sannsynligvis et betydelig insentiv for markedsbaserte forsikringsløsninger.

Denne saken fant altså en løsning i 2002 i forbindelse med. budsjettbehandlingen for 2003. Da hadde problemstillingen vært aktuell i flere år. Finansminister Gudmund Restad (Bondevik I-regjeringen) avviste tilsvarende endringer i skattereglene med henvisning til at et evt. skattefritak bl.a. ville problematisere prioriteringen av pasienter til behandling og være vanskelig å praktisere i forhold til hvem, hvilke typer lidelser og behandlingsform som skulle omfattes av skattefritaket.<sup>44</sup>

I forhandlingene etter valget 2005 mellom Det norske Arbeiderparti, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet om en felles plattform for en ny regjering, ble det varslet at en eventuell ny

---

<sup>44</sup> Finansministerens svar på skriftlig spørsmål fra Bjørn Hernæs (H), jf. Dok 15 spm. 71 (1999-2000). Representanten Hernæs fulgte saken opp på nytt som en interpellasjon til finansministeren 3 februar 2000. Saken ble på nytt avvist, bl.a. med henvisning til at trygdeetaten gjennom ordningen kjøp av helsetjenester for sykmeldte ivaretar det behovet et evt. skattefritak på området representerer.

regjering vil foreslå å reversere skattefritaket og gjeninnføre fordelsbeskatning på arbeidsgivers kjøp av private helsetjenester til sine ansatte.<sup>45</sup> Forsikringsnæringen syntes ikke særlig bekymret: ”Veksten (i antall nye forsikringstakere) vil helt sikkert fortsette. For mange vil privat helseforsikring være tilstrekkelig interessant.”<sup>46</sup> Medisinsk direktør i Vertikal Helseassistanse AS gir i Aftenposten 12 oktober 2005 uttrykk for at: ” Dette vil først og fremst gå ut over små bedrifter med dårlig økonomi. Forslaget vil ikke ramme de som har råd til privat helseforsikring. Jeg er mer opptatt av at forskjellene blir større mellom bedriftene.”

### **3.6. Økt handlingsrom for privat helseforsikring**

Summen av ulike og sammensatte utviklingstrekk skaper økt handlingsrom for privat helseforsikring. Både myndighetsinitierte endringer og egenskaper ved forsikringsproduktet fremstår som betydningsfullt for å forklare den omfangsrike og raske veksten i private helseforsikringer de siste årene.

Det ser ut til å pågå flere ulike utviklingsforløp langs to hoveddimensjoner. Samtidig som myndighetene har gjennomført en rekke tiltak for å styrke den tradisjonelle offentlige helsetjenesten, er det i ferd med å vokse frem et markedsbasert helsetjenestetilbud. Dette markedet rommer både tradisjonell forsikring og en tredjepartsindustri (meglerfunksjon) av private aktører med en organisatorrolle på vegne av den enkelte overfor den offentlige helsetjenesten. Dette, i tillegg til det sett av private helsetilbydere som finner sitt næringsgrunnlag dels i privatmarkedet og dels utfører tjenester i henhold til oppdrag fra de regionale helseforetakene (Volvat, Stokkan klinikk og tilsvarende).

De siste årene har myndighetene aktivt endret helsetjenestens finansierings- og organiseringsformer med tilhørende lov- og regelverk. Den sentrale forankringen av disse endringene kan knyttes til den mer generelle forvaltningspolitiske utviklingen. Relasjonene mellom forvaltning/myndighet på den ene siden og befolkningen/den enkelte på den andre siden er i grunnleggende endring. Den enkelte inviteres til å spille rollen som kunde i et (helse-)marked og kriteriene på god forvaltning av relasjonen til den enkelte knyttes i stor grad til den enkeltes tilfredshet og til grad av (kostnads-)effektiv ressursbruk. Kanskje kan reformene i det offentlige helsevesen ha bidratt til å trene befolkningen i markedsatferd og på

---

<sup>45</sup> Aftenposten 12 oktober 2005.

<sup>46</sup> Stein Haakonsen, informasjonssjef i Finansnæringens hovedorganisasjon, til Aftenposten 12 oktober 2005.

den måten også bidratt til å gjøre reell markedsatferd og private tjenestetilbud til legitime handlingsvalg?

Det offentlige, og organiseringen av forholdet mellom forvaltningen og den enkelte, baserer seg i økende grad på adopsjon av konsepter og paralleller inspirert av private virksomheters organisering av forholdet til sine kunder.<sup>47</sup> En mulig konsekvens er at skillet mellom det offentlige og det private blir mindre distinkt og grunnlaget for det offentliges virksomhet blir mindre tydelig i relasjon til privat og markedsbasert virksomhet. Om dette er en rimelig beskrivelse av utviklingen, er det grunn til å anta at det bidrar til at den enkelte, kunden, blir stadig mindre opptatt av hvorvidt også helsetjenester er offentlig eller privat organisert og finansiert.

Fordi det offentlige helsetilbudet er mer omfattende og gjennomgående utløses raskere enn noen gang, kan det være relevant å betrakte veksten i privat helseforsikring som en funksjon av mangel på tillit til det offentlige tilbudet av helsetjenester. Veksten i de private aktørenes omfang synes knyttet til løfter om rask behandling, uavhengig av om behandleren er offentlig eller privat eid og finansiert og uavhengig av om behandleren er lokalisert nasjonalt eller internasjonalt. Hvordan betraktes dette i enkeltvirksomheter? Hvilke forhold vektlegger en arbeidsgiver som på vegne av sine ansatte bekoster private helseforsikringer? Dette er tema for de påfølgende kapitler.

Først skal vi imidlertid se mer i dybden på hvordan ett landsomfattende selskap har forholdt seg til private helseforsikringer som et virkemiddel i personalpolitikken for å fremme virksomhetens økonomiske interesser i en omfattende omstillingstid.

---

<sup>47</sup> Røvik, Kjell A (1998): Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved årtusenskiftet.

## **4. AVINOR AS; Helse koster penger – eller helse som bedriftsøkonomi?**

### **4.1. Innledning**

En arbeidsgiver som velger å bruke ressurser på de ansattes fremtidige helse gjennom forsikringsdekning utover det som kan tilbys i den offentlige helsetjenesten, kan ha mange ulike motivasjoner. Avinor AS, det tidligere Luftfartsverket, etablerte 1 januar 2003 en ordning med kollektiv privat helseforsikring på vegne av virksomhetens ansatte. Motivasjonene har vært flere, men synes i særlig grad knyttet til kostnadene ved sykmeldte ansatte som venter på et behandlingstilbud: ”Det koster litt, men jeg vurderer det som langt mer lønnsomt for bedriften å ha folk i arbeid enn i helsekø.”<sup>48</sup>

Hensikten med kapittelet er å identifisere de kost-nytte vurderinger som lå til grunn for at en tidligere tradisjonell offentlig forvaltningsvirksomhet besluttet å tegne en privat helseforsikringsavtale på vegne av sine ansatte. Dette fra samme tidspunkt som virksomheten endret selskapsform fra offentlig forvaltningsvirksomhet til statsaksjeselskap. Kapittelet analyserer grunnlaget for Avinors beslutning og forsøker å avklare de sentrale kost-nytte resonnementene som ligger til grunn for beslutningen. Hvordan har Avinor begrunnet en ordning med privat helseforsikring? Hvilke kost-nytte elementer er vektlagt, hvordan er disse systematisert og på hvilken måte er slike premisser lagt til grunn i forbindelse med beslutningen om privat helseforsikring?

### **4.2. Fra verk til selskap**

Spørsmålet om Luftfartsverkets tilknytningsform ble vurdert på midten av 1990-tallet. Regjeringen foreslo allerede da at Luftfartsverket skulle endre organisasjonsform fra forvaltningsvirksomhet til aksjeselskap.<sup>49</sup> Stortinget, ved samferdselskomiteen, valgte imidlertid å sende saken tilbake til regjeringen.<sup>50</sup> Et par år senere ba Samferdselsdepartementet Luftfartsverket om en ny vurdering av Luftfartsverkets fremtidige tilknytningsform til staten. Henvendelsen var begrunnet i utviklingen i den internasjonale driften av lufthavner og flysikringstjeneste generelt, men mer spesielt i den nasjonale

---

<sup>48</sup> Administrerende direktør i Avinor AS Randi Flesland til Aftenposten 9 februar 2003.

<sup>49</sup> Jf. St. prp. nr. 66 (1998-99) Om tilsyn og myndighet i luftfarten og om tilknytningsform for Luftfartsverket.

<sup>50</sup> Jf. Innst. S. nr 226 (1998-99) Innstilling fra Samferdselskomiteen om tilsyn og myndighet i luftfarten og om tilknytningsform for Luftfartsverket.

forvaltningspolitiske utvikling: ”Etter utskillelsen av Luftfartstilsynet 1 januar 2000 er de fleste forvaltningsoppgavene overført fra Luftfartsverket til Luftfartstilsynet. Med utgangspunkt i Luftfartsverkets primæroppgaver knyttet til tjenesteproduksjon ønsker Samferdselsdepartementet en fornyet vurdering av Luftfartsverkets tilknytningsform til staten.”<sup>51</sup> Samtidig var Fornebu lufthavn avviklet og erstattet av ny hovedflyplass på Gardermoen, organisert som et aksjeselskap; Oslo lufthavn Gardermoen AS (OSL). Den nye vurderingen anbefalte å organisere Luftfartsverket som et statsforetak heller enn et aksjeselskapet og begrunnet dette på flere måter. Hovedbegrunnelsen kan knyttes til at foretaksformen bedre ivaretar behovet for og adgangen til politisk styring: ”...Luftfartsverket er myndighetenes redskap, og et ønske om en sterk sektorpolitisk styring av det statlige infrastrukturansvaret er tilstede (i et foretak).”<sup>52</sup> Luftfartsverket hadde selv argumentert for foretaksformen fremfor aksjeselskapsformen høsten 2001 og anbefalt en slik løsning for departementet. Dette var vel ett år før verket ble omorganisert til et statsaksjeselskap.

Samferdselsdepartementet orienterte Stortinget om arbeidet med omdanningen av Luftfartsverket våren 2002<sup>53</sup> og hadde allerede da bestemt seg for å anbefale aksjeselskapsformen fremfor andre organisasjonsformer, delvis på grunnlag av Stortingets føringer i forbindelse med behandlingen av 2002-budsjettet.<sup>54</sup> Aksjeselskapsformen ble foretrukket bl.a. på grunnlag av at ”Dette er den mest vanlige og kjente selskapsformen.... (og fordi) Luftfartsverket bør gis større økonomisk ansvar og handlefrihet bl.a. med hensyn til lånefinansiering....”<sup>55</sup> I tillegg ble det anført at siden Oslo lufthavn Gardermoen AS var organisert som et aksjeselskap, og skulle inngå som et datterselskap, var det hensiktsmessig at Luftfartsverket ut fra konsernsamordningshensyn også ble organisert som et aksjeselskap. I oktober 2002 fremmet regjeringen et lovforslag om omdanning av Luftfartsverket til aksjeselskap.<sup>56</sup>

Luftfartsverket hadde på kort tid endret organisasjonsform fra forvaltningsvirksomhet til heleid statsaksjeselskap underlagt generell aksjelovgivning. Omleggingen til konsernmodell

---

<sup>51</sup> Samferdselsdepartementets brev til Luftfartsverket av 27 november 2000.

<sup>52</sup> Rapport fra Luftfartsverkets administrasjon: *Luftfartsverkets tilknytningsform*. Oktober 2001

<sup>53</sup> Jf St. prp. nr. 60 (2001-2002) Om ein del saker på Samferdsledepartementets område

<sup>54</sup> Jf Budsjett-Innst. S. nr. 13 (2001-2002)

<sup>55</sup> Jf. St. prp. nr. 1 Tillegg nr. 2 (2002-2003)

<sup>56</sup> Jf. Ot. prp. nr. 14 (2002-2003)

kunne starte og en del av de problemstillingene som måtte avklares var knyttet til personaladministrative forhold.

#### **4.3. Aksjeselskapsdannelsen en nødvendig forutsetning for privat helseforsikring**

I forbindelse med omdanningen av Luftfartsverket til aksjeselskap, var det nødvendig å ta stilling til og gjennomføre endringer i de personalmessige forholdene. Overgangen til aksjeselskap medførte grunnleggende endringer i rammebetingelsene for organiseringen av forholdet til virksomhetens ansatte. Arbeidsmiljøloven avløste tjenestemannsloven, arbeidstvistloven avløste tjenestetvistloven, Hovedavtalen og Hovedtariffavtalen i staten ble reforhandlet med arbeidstakerorganisasjonene, ny personalpolitikk ble utformet og det nye selskapet måtte forholde seg til ulike overgangsordninger for de ansattes stillingsvern.

I denne sammenhengen, måtte selskapet også revurdere forsikringsporteføljen på personalområdet. Ledergruppen i Luftfartsverket besluttet den 23. september 2002 at selskapet etter overgangen til AS skulle utforme ytelsene/ordningene overfor de ansatte på samme nivå som tilsvarende i Oslo lufthavn Gardermoen AS. OSL, som fra 1 januar 2003, ble Avinors datterselskap, hadde mer fordelaktige ytelser for de ansatte, og hadde bl.a. allerede innført en ordning med private helseforsikringer. De to selskaperes ulike ytelser skulle samordnes på sikt, og så langt det lot seg gjøre per 1 januar 2003.<sup>57</sup>

Som forvaltningsvirksomhet ga Hovedtariffavtalen føringer og krav som genererer forsikringsbehov, bl.a. gruppelivsforsikring og forsikring ved yrkesskade/yrkessykdom. Staten er selvassurandør og står selv økonomisk ansvarlig for evt. skade og Luftfartsverket hadde således ikke inngått forsikringsavtaler av denne typen med private forsikringsselskap. Med unntak for reiseforsikring, ble Luftfartsverkets personforsikringsbehov ivaretatt gjennom Statens pensjonskasse. I forbindelse med etableringen av det nye selskapet måtte Avinor henvende seg til det private forsikringsmarkedet for å kjøpe nødvendig forsikringsdekning. I denne situasjonen foretok Luftfartsverket en samlet gjennomgang av eksisterende forsikringsforhold og avklarte fremtidig dekningsbehov, og det var ”naturlig å se på hva det var mulig for det nye selskapet å få for pengene.”<sup>58</sup> Det var i denne sammenheng spørsmålet om helseforsikring ble aktualisert.

---

<sup>57</sup> Jf. saksfremlegg til møte i Luftfartsverkets ledergruppe. Ledermøtesak 9/26-02 og Ledermøtereferat 9/26-02 og Ledermøtereferat 6/25-02

<sup>58</sup> Informantuttalelse



Det arbeidet som ble gjort i forbindelse med gjennomgangen av det nye selskapets ulike forsikringsbehov, bidro til å synliggjøre det samlede kostnadsomfang for eksisterende forsikringer. Dette, i kombinasjon med avklaringer omkring fremtidig forsikringsbehov, etablerte utgangspunktet for beslutningen om privat helseforsikring for selskapets ansatte.

Vurderingen av selskapets fremtidige personforsikringsforhold ble ivaretatt via en forsikringsmegler; Willis A/S. Willis A/S utredet bl.a. ulike helseforsikringsløsninger og innhentet tilbud fra ulike leverandører, bl.a. Storebrand Helseforsikring AS, Skandia Forsikring AS og Vertikal Helseassistanse AS. Ledermøtet i Luftfartsverket, 3 desember 2002, hadde eksplisitt lagt til grunn at forsikringsspørsmålet skulle baseres på en vurdering av hvilken verdi den hadde for arbeidsgiver: ”om det lønner seg og hvor vi skal legge oss profilmessig.”<sup>59</sup> I ledermøtet 16. desember 2002 ble det besluttet å inngå avtale om helseforsikring med Vertikal Helseassistanse AS.<sup>60</sup> Hvilke lønnsomhetsvurderinger lå til grunn for denne beslutningen, og hvordan ble de sentrale elementene i kost-nytte resonnementet beskrevet?

#### **4.4. Kostnad versus Nytte**

Kost-nyttevurderinger er lønnsomhetsvurderinger. Lønnsomhetsvurderinger som premiss for strategiske vurderinger og beslutninger er vanlig i markedssituasjoner hvor betalingsvillighet (pris) gir et direkte og enkelt mål på verdiskapningen. Kost-nyttebaserte lønnsomhetsvurderinger har fått stadig større utbredelse som premiss i beslutningssammenheng, også i situasjoner hvor det ikke eksisterer et marked, eller hvor markedet kan karakteriseres som fiktivt, for eksempel i helsevesenet. I slike situasjoner fremstår kost-nyttevurderinger som en systematisk fremgangsmåte for å etablere innsikt i forholdet mellom ressursinnsats og utbytte. Slik kan det etableres en forståelse av verdiskapningen som kan inngå som del av et beslutningsgrunnlag.

Prinsipielt kan det skilles mellom bedriftsøkonomiske og samfunnsøkonomiske lønnsomhetsvurderinger. Bedriftsøkonomiske lønnsomhetsvurderinger angir forholdet mellom kostnader og nytte av en beslutning i en lokal (virksomhetsavgrenset-) sammenheng. Samfunnsøkonomiske lønnsomhetsvurderinger angir det samme forholdet summert for alle

---

<sup>59</sup> Ledermøtereferat 6/25-02

<sup>60</sup> Ledermøtesak med referat 9/26-02

berørte enheter. Ofte vil utfallet av en lønnsomhetsvurdering arte seg ulikt avhengig av om det anlegges et samfunnsøkonomisk eller bedriftsøkonomisk perspektiv. For å illustrere dette poenget for dette formålet, kan det vises til at det for Avinors kost-nyttevurdering er relevant å legge til grunn den reduksjon i ventetid på behandling som kan oppnås gjennom privat helseforsikring. Det er imidlertid ikke relevant å legge til grunn den mulige gevinst private helseforsikringer representerer i form av redusert press på behandlingstilbudet i den offentlige helsetjenesten, slik tilfellet ville vært i en samfunnsøkonomisk lønnsomhetsvurdering.

I den videre fremstilling legges det til grunn en bedriftsøkonomisk tilnærming til spørsmålet om lønnsomhet. Det legges med andre ord vekt på å synliggjøre de faktorer som har betydning for Avinors vurdering av lønnsomhet i beslutningen om å helseforsikre sine ansatte gjennom et privat tilbud.

#### *Ulike kost-nyttevurderinger*

Hensikten med kost-nyttevurderinger er å avklare kostnadenes omfang i relasjon til nytten ved å investere de aktuelle ressursene. For dette formålet finnes flere typer analyser.<sup>61</sup>

- Kost-nytte analyser (cost-benefit (CBA)) er økonomiske analyser hvor alle ressurser et tiltak krever sammenliknes med all den nytte et tiltak skaper. Kostnader og nytte måles i samme monetære enhet. Fordi sammenlikningen baseres på monetære enheter begrenses fremgangsmåten i praksis ofte ved at (nytte- og kostnads-)komponenter som ikke kan måles i kroner utelates.
- Kostnad-effekt analyser (cost-effectiveness (CEA)) representerer en fremgangsmåte hvor kostnad og effekt ved to eller flere alternative tiltak sammenliknes. Effekten, eller nytten, måles i naturlige enheter, for eksempel antall vunne leveår eller antall reduserte sykmeldingssituasjoner, etc.
- Cost-utility analyser (CUA) er en variant av kostnad-effekt analyser. Effekten av alternative tiltak uttrykkes som verdien, eller nytten, av forbedringen ved å gjennomføre

---

<sup>61</sup> Referansene her er mange. Se for eksempel Sønbo Kristiansen, Stavem, Linnestad og Møller Pedersens artikkel "Evaluerer av medisinske metoder – kan vi stole på kostnad-effekt analyser?" Legeforeningens tidsskrift nr. 5, 6 mars 2003

tiltaket. Effekten måles for eksempel som økt livskvalitet (jf. enheten, QALY kvalitetsjusterte leveår).

Valg av analysemetode vil i stor grad influere resultatet av den økonomiske analysen. For å synliggjøre hvordan resultatene av en analyse varierer med endringer i ulike forutsetninger, kan det gjennomføres sensitivitetsanalyse. Denne vil kunne vise hvordan variasjon i en eller flere forutsetninger påvirker analysens konklusjon.

### *Fremgangsmåte*

Kost-nytteanalyser kan være aktuelle i forbindelse med endringer i det offentlige tilbudet eller, som i denne sammenhengen, i forbindelse med at Avinor vurderte å gå til anskaffelse av en ny ordning/ytelse for sine ansatte. For å sikre at beslutningsgrunnlaget blir best mulig, følges ofte bestemte fremgangsmåter for å bidra til systematikk, etterprøvbarehet, etc.

Innledningsvis er det nødvendig å definere og dokumentere problemstillingen; hva som skal analyseres og hvilke forutsetninger analysen skal baseres på. I for eksempel Avinors tilfelle kunne dette være hva kostnadene er ved å tegne privat helseforsikring i relasjon til ikke å kjøpe slik forsikring og fortsette som før.

Deretter må eksisterende situasjon kartlegges. I Avinors tilfelle ville det være viktig å klargjøre sykefraværsnivået og kostnadene ved virksomhetens sykefravær, etablere kvalifiserte antakelser om ventetider i den offentlige helsetjenesten, etc.

Analysens forutsetninger må dokumenteres så langt som mulig. Kostnadene må estimeres og mulige effekter må kartlegges. Dette består i identifikasjon av hvilke utfall og konsekvenser gjennomføringen av et tiltak vil medføre. Hvilke muligheter og kvaliteter knytter seg til hvert alternativ, både indirekte og direkte? Dersom nytte og kostnader ikke umiddelbart lar seg definere i objektive størrelser (kroneverdi) vil likevel erkjennelsen av slike effekter bidra til å opplyse beslutningsgrunnlaget. For å beregne effekters virkning over tid kan det være nødvendig å gjøre verdiene sammenliknbare og summerbare via diskontering. Dette betyr egentlig å omregne en kostnad i et fremtidig år til en ekvivalent størrelse per i dag; nåverdi.

For å fullføre kost-nytte analysen må de ulike alternativene sammenliknes og rangeres. Således kan kost-nytte analysen bidra til bedre oversikt over dagens situasjon og etablere et

grunnlag for en sammenlikning av konsekvensene ved å gjennomføre en endring eller f eks innføre en ny ordning..

#### **4.5. Større nytte enn kostnad?**

Hvordan gjennomførte Avinor kost-nytteressonementet i forbindelse med at de ansatte ble tilbudt privat helseforsikring? Hvilke kost-nytteelementer karakteriserer Avinors beslutningsgrunnlag og på hvilken måte ble de ulike elementene tillagt vekt?

##### *Kostnadselementer*

Avinor ser ikke ut til å ha gjennomført en samlet og systematisk kost-nytte analyse i forbindelse med at selskapet gikk til anskaffelse av private helseforsikring; ”beslutningen var basert på et mer intuitivt resonnement.”<sup>62</sup> Om ikke sakens utfall direkte kan avleses i en tradisjonell kost-nytte analyse dokumenterer materialet at Avinor hadde sterk oppmerksomhet omkring ulike kost-nytte elementer som hadde avgjørende innflytelse på beslutningen og beslutningens innhold.

##### *Forsikringskostnaden*

Høsten 2002 vurderte Avinor via sin forsikringsmegler ulike alternative forsikringsløsninger. Flere forsikringsselskap ble forespurt om å levere tilbud om helseforsikring. Vertikal Helseassistanse ble valgt som leverandør. Kostnaden ved forsikringsavtalen i 2003 utgjorde 2,6 mill. kroner. Dette beløpet er skilt ut av en samlet forsikringspakke på i underkant av 14 mill. kroner som svarer til Avinors samlede forsikringsbehov på personalområdet og inkluderer gruppeliv, ulykke, yrkesskade og reiseforsikring. Avinor har på grunn av forsikringsvolum mottatt rabatter som antas også å ha effekter på helseforsikringsdelen. For dette formålet legges det til grunn 2,6 mill. kroner som Avinors reelle kostnadsbehov gjeldende for helseforsikringsdelen. Forsikringen dekker 2.400 ansatte på landsbasis og inkluderer OSL. Dette gir en kostnad per ansatt tilsvarende ca 1.100 kroner per år.

##### *Sykefraværskostnader*

Hensynet til å begrense kostnader ved sykefravær var et sentralt utgangspunkt for Avinors vurderinger. Av beslutningsdokumentet fremgår dette som et primærhensyn:” Sykefravær er

---

<sup>62</sup> Informantuttalelse

kostbart for arbeidsgiver og medfører tap av kompetanse, ressurser og nedsatt produktivitet dersom arbeidstakeren står lenge i helsekø.”<sup>63</sup>

En virksomhets kostnader ved sykefravær kan være vanskelig å beregne og består av flere komponenter. I denne sammenhengen synes det relevant å vektlegge kostnader direkte knyttet til sykefraværet. For Avinor vil en sentral kostnadsfaktor kunne knyttes til lønn under sykefravær. Avinor står ansvarlig for lønnskostnader i den såkalte arbeidsgiverperioden, de første 16 dagene av et sykefravær. Etter mer enn 16 dagers sykefravær overtar staten, etter nærmere regler, kostnadsansvaret for den enkelte ansatte under sykdom. Det eksisterer ulike måter å beregne kostnadene ved sykefravær i arbeidsgiverperioden. Sintef Unimed har argumentert for at en virksomhets samlede kostnad ved sykefravær er 1.700 kroner per dag (i 2000). Dette inkluderer kostnader til produksjonstap og omstillingskostnader ved sykefravær. Lønnskompensasjon under sykefravær utgjør ikke en del av estimatet fordi dette er en løpende kostnad som ikke endres før ved utløpet av arbeidsgiverperioden (etter 16 dagers sykefravær).<sup>64</sup> En alternativ tilnærming til kostnadsspørsmålet kan være å ta utgangspunkt i Rikstrygdeverkets gjennomsnittlige sykepengeutbetaling per dag. I 1999 utgjorde kostnadene ved en sykefraværsdag 650 kroner i gjennomsnitt.<sup>65</sup>

Luftfartsverket, senere, Avinor har imidlertid tradisjon for et relativt lavt sykefravær. Mens sykefraværet for statsansatte de siste årene har vært svakt stigende til et foreløpig toppnivå om lag 8 prosent i 2003, har sykefraværet i Avinor vært på om lag 5 prosent de senere årene. Det er samtidig slik at en vesentlig del av Avinors arbeidskraft er virksomhetskritisk: ”sykefravær blant flygeledere og brann- og redningspersonell på flyplassene kan lamme virksomheten ved flyplassene.”<sup>66</sup> Slike situasjoner kan medføre redusert flyplassdrift eller at flyplasser kan bli midlertidig stengt og på den måten bidra til vesentlig inntektstap for Avinor. Avinor er, bl.a. på grunn av beredskapsoppgaver, samtidig avhengig av at deler av arbeidsstokken holder god helse/god fysisk form. Dette representerer et særlig kostnadselement, i den forstand at fravær blant ansatte med slike oppgaver representerer driftsrisiko og ved at det er mer krevende å rekruttere erstatningsarbeidskraft.

---

<sup>63</sup> Ledermøtesak 9/26-02

<sup>64</sup> Sintef Helse rapport nr. STF78 A00508: *Økonomiske konsekvenser av sykefravær*

<sup>65</sup> NIBR-rapport 1999:16 Trygdepenger under kniven

<sup>66</sup> Informantuttalelse

Samtidig er det slik at privat helseforsikring neppe vil være et vesentlig bidrag til å redusere Avinors sykefraværskostnader i arbeidsgiverperioden. Arbeidsgiverperioden utgjør et for lite antall dager til at forsikring vil kompensere utgiftene i dette tidsrommet. Dette, både fordi det vil medgå tid til å administrere et evt. behandlingsopplegg, til å gjennomføre behandlingen og tid vil medgå til restitusjon og retur til arbeid. Samtidig vil eksistensen av et privat helseforsikringstilbud kunne fungere forebyggende. I stedet for at ansatte utvikler sykdomssituasjoner som blir mer alvorlige og varige over tid, og som av den grunn bidrar til unødig sykmeldingstid, kan helsetilbudet utløses raskere og uten forutgående sykmelding. Slik betraktet kan en privat forsikringsløsning også bidra til å redusere kostnader som ellers ville oppstått.

Mer betydningsfullt for Avinor er kanskje de kostnader som oppstår indirekte ved sykefravær. Ved fravær må arbeidskraft erstattes. I slike situasjoner er det relevant å ta i betraktning f eks kostnader til vikar, opplæring og tap av kompetanse. Denne typen kostnader løper i tillegg til de direkte sykefraværskostnadene.

#### *Indirekte sykefraværskostnader*

Indirekte sykefraværskostnader kan knyttes til det effektivitetstap som oppstår som følge av sykefravær. Dette er spesielt relevant i situasjoner hvor fravær blant virksomhetskritisk arbeidskraft kan skape konsekvenser for organisasjonen som sådan via driftsreduksjoner og driftsstans. Effektivitetstap i Avinor som følge av sykefravær kan bl.a. omfatte kompetansetap, ressursbruk i forbindelse med opplæring, økt risiko for flyforsinkelser/kanselleringer av flyavganger og annen driftsstans ved enkeltflyplasser. Fravær av drift, eller redusert drift, representerer samtidig et mulig inntektstap for Avinor.

I tillegg kommer de kostnader som påløper ”knyttet til å administrere sykefravær og samhandlingen mot trygdeetaten i forbindelse med refusjon av sykepenges.”<sup>67</sup> Videre bør det også tas i betraktning et mer generelt kostnadsresonnement knyttet til tilgangen til helsetjenester. Det er dokumentert, i ulike sammenhenger, hvordan eksistensen av et helsetilbud samtidig utløser etterspørsel etter helsetjenester. Tilsvarende kan det forventes at fordi privat helseforsikringsdekning etablerer lavere terskel til helsetjenesten, vil ansatte i Avinor i større grad etterspørre helsetjenester enn hva de ellers ville gjort. Gitt at ansatte i

---

<sup>67</sup> Informantuttalelse

Avinor reagerer tilnærmet likt andre aktører på etterspørselssiden i helsemarkedet, kan tilstedeværelsen av en forsikringsløsning bidra til at personer som ellers ikke ville etterspurt helsetjenester, og som kanskje ikke ville blitt sykmeldt som følge av et behandlingstilbud, faktisk bli faktorer i Avinors regnskap. Det kan tenkes at Avinor, på kort sikt, får sykefraværskostnader selskapet ellers ikke ville fått.

#### **4.6. Nytteelementer**

Avinor har hatt en sterk forståelse av hvilken nytte selskapet har av å etablere et tilbud om private helseforsikringer til sine ansatte. I Avinors ledermøtereferater høsten 2002 heter det bl.a. at spørsmålet om helseforsikring skal vurderes ”i lys av hvilken verdi det har for selskapet – om det lønner seg og hvor vi skal legge oss profilmessig.”<sup>68</sup> Selskapets vurdering av nytten ved privat helseforsikring ble knyttet til en rekke forhold relatert til reduserte sykefraværskostnader, vern av nøkkelarbeidskraft, fremstå som en moderne arbeidsgiver som ivaretar arbeidstakerne og som et redskap i fremtidig omstillingsarbeid.

##### *Reduserte kostnader knyttet til sykefravær*

Fravær på grunn av sykdom representerer en betydelig kostnad for Avinor, som for andre arbeidsgivere. Kostnadene er i hovedsak knyttet til lønnskompensasjon ved den enkelte ansattes fravær fra arbeid i inntil 16 dager. Sykefravær utover dette dekkes av staten via sykepengeordningen i folketrygden. Imidlertid utløser langvarig sykefravær andre typer kostnader, bl.a. knyttet til avlønning av erstatningsarbeidskraft, økt belastning på andre arbeidstakere tap av kompetanse og effektivitetstap,

Avinor kan ved å helseforsikre sine ansatte i liten grad forvente å redusere kostnadene til sykefravær i arbeidsgiverperioden. Arbeidsgiverperioden er for kort til at helseforsikring vil gi vesentlige kostnadsreduserende bidrag. Imidlertid vil eksistensen av tilgang til et helsetilbud via privat helseforsikring, kunne bidra til å forebygge fremtidig sykdom og sykefravær ved at lidelser behandles på et tidligere tidspunkt og slik forhindrer mer langvarige og komplekse sykdomssituasjoner. Avinor har en klar forventning til at en forsikringsløsning vil bidra til at de ansatte får et adekvat helsetilbud uten unødig venting.<sup>69</sup> Gitt at denne forutsetningen er korrekt kan Avinor samtidig forvente reduserte kostnader til tap av kompetanse, effektivitetstap og utgifter til erstatningsarbeidskraft. Avinors nytteforventing

---

<sup>68</sup> Ledermøtesak 6/25-02

<sup>69</sup> Informantuttalelse

har implikasjoner som går utover direkte reduksjoner i sykefravær og de direkte kostnadene slikt fravær avstedkommer.

### *Virksomhetskritisk arbeidskraft*

Avinor har videre forventninger til at en privat helseforsikringsløsning vil redusere selskapets risiko knyttet til driftsmessig nøkkelpersonell. For Avinor er deler av arbeidsstokken såkalt virksomhetskritisk arbeidskraft. Det er avgjørende for deler av virksomheten at enkelte ansatte er i arbeid og i tilfredsstillende fysisk form. Det gjelder bl.a. entydige bemanningskrav til brann- og redningspersonell og flygeledelse for at en lufthavn, liten eller stor, skal være i drift.

Dersom sykefravær medfører driftsstans ved en lufthavn, øker kostnadstapet ved at det oppstår fravær av driftsinntekter. Dersom en lufthavn må stenges eller trafikken reduseres som følge av sykefravær, reduseres samtidig selskapets inntektsgrunnlag. Virksomhetskritisk arbeidskraft som rammes av sykdom må i visse tilfeller derfor erstattes for å unngå tap av driftsinntekter. For Avinor er en sentral nyttebetraktning ved privat helseforsikring knyttet til at det raskere kan etableres tilgang til helsetjenester som er adekvate i den enkelte ansattes situasjon. Dette kan bidra til å redusere sårbarhet, redusere opplæringskostnader, tap av inntekter og tap av kompetanse; redusert effektivitetstap. Avinor la til grunn at privat helseforsikring reduserer kostnader knyttet til ”tap av kompetanse, ressurser og nedsatt produktivitet.”<sup>70</sup>

Samtaler med representanter for selskapet har videre pekt på at en forutsigbar og stabil tilgang til helsetjenester ”når man trenger det” samtidig bidrar til en mer forutsigbar driftssituasjon med enklere bemanningsplanlegging og samlet utnyttelse av driftsressursene.<sup>71</sup>

### *Avinor som moderne arbeidsgiver*

I Avinors vurdering av saken ble det lagt betydelig vekt på ”å fremstå som en moderne og ansvarlig arbeidsgiver (bl.a.) for å kunne konkurrere om og rekruttere og beholde de beste ressursene i arbeidsmarkedet.”<sup>72</sup> For Avinor fremstår hensynet til å kunne vise til omsorg for og bevissthet om arbeidstakernes behov og interesser som en sentral premiss for beslutningen om privat helseforsikring. Et vesentlig element ved Avinors vurdering av spørsmålet om

---

<sup>70</sup> Ledermøtesak 9/26-02

<sup>71</sup> Informantsamtale

<sup>72</sup> Ledermøtesak 9/26-02



privat helseforsikring er knyttet til den nytte selskapet oppfatter en slik forsikring avstedkommer i forhold til å fremstå som en arbeidsgiver som tar vare på sine ansatte. Det ser ut til at selskapets nyttevurdering strekker seg lengre. Avinors ønske om å fremstå tidsriktig og moderne, bunner i erkjennelsen av at selskapets ansatte, særlig den delen av de ansatte som er virksomhetskritisk, samtidig eier de innsatsfaktorene som Avinor er avhengige av i sin produksjon. Avinors vurdering av nytte i denne sammenhengen er samtidig en vurdering av selskapets eksistensielle grunnlag. Omsorgen for selskapets human kapital er samtidig et vern av selskapets eksistensberettigelse: ”Dersom vi ikke tar vare på våre ansatte vil Avinors evne til å fremstå som et selskap svekkes”<sup>73</sup>. Selskapskarakteristikken gir i større grad markedsassosiasjoner enn tradisjonell forvaltningsvirksomhet).

#### *Helseforsikring som et redskap i omstillingsøyemed*

Allerede høsten 2002, samtidig med vurderingen av spørsmålet om privat helseforsikring, var det klart at overgangen til et statsaksjeselskap ville medføre en nedbemanning av virksomheten i Avinor. Avinor er i en situasjon hvor antall ansatte, over et visst tidsrom, reduseres fra 3.000 til 2.400.

I denne sammenhengen har Avinor vurdert private helseforsikringer som ”et utelukkende positivt budskap til de ansatte.”<sup>74</sup> Avinor betraktet dette som så viktig for forholdet til de ansatte at det samtidig ble besluttet ”at de ansatte trygges raskest mulig ved at vi får ut informasjon om den nye ordningen ved hjelp av alle kommunikasjonskanaler vi har til rådighet.”<sup>75</sup> Det ble i forlengelsen av Avinors beslutning om forsikringsordninger for det nye selskapet, utarbeidet en informasjonsbrosjyre som bl.a. omhandler helseforsikringsordningen med selskapets ansatte som målgruppe.

Samtidig la selskapet til grunn at beslutningen kunne inngå som et sentralt element i forhandlingene med de ansatte i den omstillingssituasjonen Avinor stod overfor: ”Luftfartsverket skulle bli et aksjeselskap og det var nødvendig å finne positive mekanismer for omstillingen. Samtidig skulle vi sørge for at plikter og rettigheter i OSL ble harmonisert med morselskapet.”<sup>76</sup> Beslutningen om private helseforsikringer fremstår på denne måten som

---

<sup>73</sup> Informantuttalelse

<sup>74</sup> Ledermøtesak 9/26-02

<sup>75</sup> Ledermøtesak 9/26-02

<sup>76</sup> Informantuttalelse

et nyttig redskap i en vanskelig forhandlingssammenheng hvor antall ansatte skulle reduseres vesentlig.

#### *Andre nyttebetraktninger*

Samtidig var andre hensyn sentrale momenter i Avinors nyttebetraktning. Avinor var forpliktet til å organisere OSL som et datterselskap. OSL hadde langt mer attraktive forsikringsløsninger for sine ansatte enn hva tilfellet var for Luftfartsverket. Dette var forhold det måtte tas hensyn til i forbindelse med den nye selskapskonstruksjonen (Avinor). Det ble bl.a besluttet å harmonisere ordningene mellom mor- og datterselskap. Denne situasjonen bidro til å konstituere Avinors handlingsrom og vurderinger av nytte.

I tillegg ser det ut til at Avinors vurderinger omkring helseforsikringsspørsmålet til en viss grad ble basert på endringene i aktuelle skatteregler. Disse endringene falt i tid sammen med Avinors beslutning og ble iverksatt på samme tidspunkt som den formelle etableringen av Avinor, 1 januar 2003. I Aftenposten 9 februar 2003 viser Avinors administrerende direktør Randi Flesland til ”at Stortinget vedtok å gjøre ordningen (privat helseforsikring) skattefri for de ansatte og mer økonomisk gunstig for arbeidsgiver, gjorde det også langt mer interessant for oss å kjøpe en slik tjeneste.”

#### **4.7. En intuitiv kost-nytteanalyse?**

Fremstillingen dokumenterer Avinors sentrale vurderinger av de ulike kostnads- og nytteelementene som ble tillagt betydning som grunnlag for beslutningen om å tilby selskapets ansatte privat helseforsikring. Samtidig viser fremstillingen at Avinor ikke har gjennomført en systematisk kost-nytte analyse som grunnlag for beslutningen. På tross av dette har Avinor lagt til grunn et beslutningsresonnement som i stor grad fokuserer ulike kost-nytte elementer. Kost-nytte betraktningene har styrt Avinors valg på en måte som får beslutningen til å fremstå som noe mer enn en intuitiv vurdering av hensiktsmessighet<sup>77</sup>.

Avinors sentrale kost-nytte vurderinger kan oppsummeres på følgende måte:

Kostnadselementer	Nytteelementer
Forsikringspremien	Rask og adekvat tilgang på helsetjenester

---

<sup>77</sup> Jf. informantuttalelse

	Reduserte kostnader til sykefravær
	Økt stabilitet og forutsigbarhet i forhold til den virksomhetskritiske delen av arbeidskraften
	Understøtte forståelsen av Avinor som moderne arbeidsgiver
	Helseforsikring som redskap for planlagt omstilling
	Harmonisering av arbeidstakerordninger med datterselskapet OSL

Det var i hovedsak disse kost-nytte elementene Avinor diskuterte og la til grunn i beslutningssammenheng. Avinor antok samtidig at summen av de ulike elementene ville gi selskapet et positivt utbytte ved å helseforsikre de ansatte. Det er av den grunn vanskelig å etterprøve Avinors regnestykke. Imidlertid kan det være av interesse å vurdere nærmere de erfaringer Avinor har generert de snart to årene forsikringen har vært aktiv. Dette som en indikator på selskapets lønnsomhetsvurderinger.

#### *Omfattende og stigende bruk av selskapets helseforsikring<sup>78</sup>*

Arbeidstakerorganisasjonene i Avinor mottok helseforsikringsordningen som et positivt bidrag til de ansatte. Den erfaring Avinor har med forsikringen er også positiv: ”Helseforsikringen har bidratt til at det i dag finnes flere solskinnshistorier i Avinor.” Videre vurderes forsikringsselskapet på en fordelaktig måte: ”Vertikal Helseassistanse gir meget god og individuell oppfølging. De ansatte som har benyttet seg av ordningen opplever mye omsorg og velvillig bistand i møte med forsikringsselskapet.”<sup>79</sup>

Ansatte i Avinor som ønsker å benytte selskapets helseforsikring kontakter Vertikal Helseassistanse (forsikringsselskapet) direkte. Avinor har bl.a. derfor ikke en intern oversikt over hvordan forsikringen anvendes, men baserer sin oppfølging og sine vurderinger av løsningen på rapportering fra forsikringsselskapet.

I perioden februar 2003 til august 2004 benyttet 112 ansatte i Avinor seg av et helsetilbud etablert via selskapets helseforsikringsløsning. Basert på forsikringsselskapets oversikter har 60 personer benyttet seg av ordningen fra februar 2003 til februar 2004. I halvårsperioden mars 2004 til august 2004 har 52 ansatte gjort det samme. 79 av til sammen 112 personsaker karakteriseres som avsluttede, det vil si at pasienten er vurdert medisinsk og har mottatt og

<sup>78</sup> Erfaringstallene som presenteres er basert på opplysninger gitt av Vertikal Helseassistanse AS.

<sup>79</sup> Informantuttalelse

gjennomført et adekvat behandlingsopplegg. Disse betraktes som ferdig behandlet, friske og arbeidsføre. Differansen, 33 personer, er under vurdering og eller behandling.

Rekrutteringen av pasienter ansatt i Avinor er nær fordoblet i tredje halvår av forsikringsperioden i relasjon til de to foregående halvårene sett under ett. Det er ingen entydig forklaring på denne veksten, men den settes i sammenheng med at ordningen er mer etablert og at gjennomføringen av Avinors omstillingsplaner genererer sykdomssituasjoner med behandlingsbehov.<sup>80</sup>

### *Pasientkarakteristika*

Det er en klar overvekt av menn som benytter seg av helseforsikringstilbudet. Av de 60 tilfellene første avtaleår var 50 menn og 10 kvinner. Menn er overrepresentert i selskapet, men ikke i et forhold som samsvarer med skjevfordelingen mellom kjønn med hensyn til å benytte helseforsikringen, virksomheten sett under ett. Imidlertid er overrepresentasjonen av menn større i de deler av virksomheten som er mest fysisk krevende og som samtidig er mest virksomhetskritisk. Det er ikke mulig å dokumentere slike sammenhenger fordi denne typen informasjon ikke registreres.

Gjennomsnittsalderen for de 60 første ansatte som benyttet helseforsikringsordningen er 36 år og den geografiske spredningen er jevnt fordelt over Avinors virksomhetsområde. Sykdomsdiagnosene fordeler seg i hovedsak mellom hjerte-, øre/nese/hals-, nakke-, rygg-, hud- og magerelaterte lidelser. Vertikal Helseassistanse oppsummerer sykdomssituasjonene i to hovedkategorier; muskel- og skjelett- og ledd lidelser.

### *Lønnsomhetsvurdering*

Ettersom en sentral begrunnelse for å benytte privat helseforsikring knyttes til redusert ventetid på medisinsk vurdering og behandling, registrerer forsikringsselskapet antatt innsparte dagers ventetid. Selskapet beregner differansen mellom den tid forsikringskunden reelt sett må vente på utredning/behandling, i relasjon til forventet ventetid i den ordinære offentlige helsetjeneste. I praksis beregnes forventet ventetid ved at selskapet kontakter behandlingssted med forespørsel om når tilbud om helsetjeneste kan påregnes. Dersom ikke behandlingsstedet kan eller vil gi en slik tidsangivelse sjekkes ventetidsprognoser på

---

<sup>80</sup> Informantvurdering

[www.sykehusvalg.no](http://www.sykehusvalg.no). I alle vurderinger av tidsangivelse legges her laveste tidsanslag til grunn for beregningen.

Vertikal Helseassistanse har, på dette grunnlaget, beregnet differansen mellom reell ventetid på utredning/behandling generert via helseforsikringen og tilsvarende forventet ventetid i den ordinære helsetjenesten til 7.390 dager for de 79 personene i Avinor som kan anses ferdig behandlet. Gitt at ett arbeidsår utgjør 45 uker á 5 dager = 225 arbeidsdager svarer 7.390 dager redusert venting på et helsetilbud til bortimot 33 årsverk.

Det er flere måter å bergene verditapet av en arbeidsdag eller et arbeidsår. Beregninger av denne typen er problematiske. Særlig problematisk er det i denne sammenhengen hvor det ikke er lagt til grunn en helhetlig og systematisk analyse av de ulike kost-nytte elementene. For likevel å gi en indikasjon på mulige bedriftsøkonomiske gevinster for Avinor redegjøres det for et minimumsestimat og et maksimumsestimat.

I et **minimumsestimat** kan Rikstrygdeverkets beregning av direkte refusjonskostnader ved en sykefraværsdag legges til grunn.<sup>81</sup> I så fall kan kostnadsbesparelsene karakteriseres ved følgende regnestykke: 7.390 dager X 800 kroner (Rikstrygdeverkets gjennomsnittlige refusjonskostnad ved en sykefraværsdag). Forutsatt at alle de ansatte i Avinor som har benyttet seg av selskapets private helseforsikring var sykmeldte og fraværende fra arbeidet, kan Avinors besparelse i form av redusert ventetid på behandling antydningvis anslås til 5.9 mill. kroner.

I et **maksimumsestimat** hvor det legges til grunn en samlet beregning av verditapet ved sykefravær, basert på SINTEF tilnærming (2000),<sup>82</sup> kan verditapet av en arbeidsdag settes til 1.700 kroner i gjennomsnitt. SINTEFs beregning er basert på en undersøkelse blant 95 norske bedrifter og fremkommer ved å summere produksjonstapet (940 kroner) med økte utgifter til overtid og vikarer (770 kroner). Summen reflekterer en bedrifts kostnader i form av produksjonstap og omstillingskostnader ved sykefravær. Regnestykket er eksklusiv lønnskostnadene til den sykmeldte. Lønnskostnader betraktes som en løpende kostnad fordi

---

<sup>81</sup> Denne fremgangsmåten ble benyttet for å vurdere gevinster av trygdeetatens ordning med kjøp av helsetjenester for sykmeldte, jf. NIBR rapport nr. 1999:16 *Trygdepenger under kniven*.

<sup>82</sup> SINTEF (2000) Økonomiske konsekvenser av sykefravær

den sykmeldte er ansatt og normalt endres ikke dette ved sykefravær.<sup>83</sup> Kortvarige fravær, som forekommer oftest, er mer kostnadskreven for en virksomhet enn lengre sykefravær.

Forutsatt SINTEFs fremgangsmåte. Forutsatt videre Vertikal Helseassistanses beregning av innspart ventetid gjennom privat helseforsikring i perioden januar 2003 til august 2004, kan Avinors mulige kostnadsbesparelse anslås på følgende måte: 7.390 dager X 1700 kroner = 12,6 mill. kroner.

Gitt at denne fremstillingen tilnærmelsesvis beskriver reelle kostnader for Avinor dokumenteres en betydelig effekt for selskapet. I og med at selve forsikringskostnaden utgjør 2,6 mill. kroner, kan det på denne bakgrunn, se ut til at Avinor får tilbake flere kroner for hver krone investert.<sup>84</sup> Regnestykket er imidlertid mer komplisert. Det er ikke slik at samtlige av de ansatte ved Avinor som har benyttet seg av helseforsikringsordningen er sykmeldt. Flere av pasientene som har benyttet seg av helseforsikringen har gjort det uten å være sykmeldt og dermed uten at Avinor har hatt forutgående kostnader til sykefravær. Tvert i mot kan det tenkes at behandling/operasjon utløser påfølgende sykmelding i forbindelse med rekonvalesens og slik påfører Avinor sykefraværskostnader selskapet ellers ikke ville måtte kompensere. På den annen side kan det innvendes at ansatte i Avinor som ikke var sykmeldt i forkant av behandling før eller senere ville blitt sykmeldt og således påført selskapet sykefraværskostnader frem i tid. I forlengelsen av denne betraktningen kan det sannsynligvis også argumenteres for at det å skyve oppfølging/behandling av sykdomssituasjoner ut i tid også vil medføre at lidelsens omfang, kompleksitet og alvorlighet tiltar og på den måten akkumulerer kostnader,<sup>85</sup> i dette tilfellet for Avinor.

---

<sup>83</sup> SINTEFs argumentasjon er som følger: "Sykefravær oppleves som at en produksjonsfaktor ikke deltar i produksjonsprosessen i en gitt periode. Hvis sykefraværet varer under 16 dager, må bedriften dekke lønnsutgiftene til personen som om vedkommende var på jobb. Bedriftens utgifter er således de samme som om sykefraværet ikke hadde inntruffet. Det er bare dersom bedriftens produksjon (-resultat) blir mindre i denne perioden, eller at bedriftens utgifter er større enn de ellers ville ha vært, at vi kan si at det påløper en kostnad ved sykefravær."

<sup>84</sup> Dette gitt de forutsetninger som regnestykket baserer seg på. I den grad regnestykket beskriver virkeligheten, eller er i nærheten av virkeligheten, kan Avinors intuisjon karakteriseres som lønnsom.

<sup>85</sup> Dette er en vel ansett sammenheng som er påpekt i så vel medisinskfaglige som i mer politiske sammenhenger. Se for eksempel NOU 2000:27 *Et inkluderende arbeidsliv*

#### 4.8. Oppsummering; nyttebevisst arbeidsgiver!

”De ansatte i statseide Avinor, tidligere Luftfartsverket, blir nå kjøpt fri fra offentlige sykehuskøer med privat helseforsikring.”<sup>86</sup> Avinor oppfattet på dette tidspunkt at selskapet hadde gjennomført en lønnsomhetsbetraktning omkring spørsmålet om privat helseforsikring som gikk ut over en vurdering av selve forsikringsforholdet. For Avinor var det viktig å opptre som et aksjeselskap med de plikter og rettigheter som det innebærer i forhold til virksomhetens gamle status som forvaltningsvirksomhet. Videre var det viktig for selskapet å møte arbeidstakerinteressene i en utfordrende omstillingstid. Likevel: ”Når det ble kjent at vi skulle tegne privat helseforsikring på vegne av våre ansatte ble det mye oppmerksomhet. Vårt departement reagerte raskt på grunnlag av oppslaget i Aftenposten (9. februar 2003) og ba oss redegjøre for hvordan dette skulle forstås. Men vi hadde vurdert dette og vi betraktet dette med privat helseforsikring som en helt naturlig del av vår virksomhet. Ansvarlighet som aksjeselskap er noe annet enn ansvarlighet som forvaltningsvirksomhet.”<sup>87</sup>

Hovedhensikten med å undersøke Avinors vurdering og handlemåte i forhold til privat helseforsikring, har vært å avdekke hvordan arbeidsgivermotivasjonen knyttet til forholdet mellom kostnader og nytte operasjonaliseres. Med dette utgangspunktet er det vist hvordan Avinor har gjort gjeldende ulike kost-nytte betraktninger og hvordan ulike elementer er tillagt ulik betydning i sammenheng med selskapets beslutning om inngå avtale om helseforsikring med Vertikal Helseassistanse. Fremstillingen har forsøkt å vise hvordan en landsomfattende, tidligere offentlig virksomhet, tenker og prioriterer i forhold til å fremme egne arbeidsgiverinteresser på dette området.

Av en eller annen grunn har Avinor likevel ikke rendyrket vurderingen av hvordan arbeidsgivers interesser skal forstås. Avinor har ikke gjennomført en systematisk kost-nytte analyse som grunnlag for å beslutte selskapet inn i en avtale om privat helseforsikring. Det materialet som eksisterer i denne sammenheng, og som er tilgjengelig for denne undersøkelsen, gir derfor ikke et tilstrekkelig grunnlag for en eksakt vurdering av forholdet mellom kostnader og nytte for Avinor. Imidlertid indikerer Avinors erfaringer, i kombinasjon med Vertikal Helseassistanses anslag, at ordningen med privat helseforsikring representerer en nytte som overgår kostnadene. De beregninger som er mulig å gjennomføre i denne

---

<sup>86</sup> Aftenposten 9 februar 2003.

<sup>87</sup> Informantuttaalelse

sammenheng underbygger og sannsynliggjør Avinors nytteforståelse i en isolert bedriftsøkonomisk kontekst.

Avinor har vært i en spesiell situasjon ved overgangen fra tradisjonell forvaltningsvirksomhet til statsaksjeselskap. Det er liten tvil om at denne situasjonen avstedkommer et annet handlingsrom og økte frihetsgrader for virksomheten i forhold til de betingelser som gjaldt Luftfartsverket. Avinors vurderinger omkring helseforsikringssaken avdekker sentrale sider ved en arbeidsgivers måte å tenke på i en sammenheng som denne.

Hvordan vurderer andre virksomheter, som ikke karakteriseres av den samme overgangssituasjonen som Avinor, behovet for private helseforsikringer? Hva karakteriserer virksomhetene, hvem er de, hvem har de ansatt og hvilke virksomhetsspesifikke forutsetninger øker sannsynligheten for at private helseforsikringer forekommer?



## **5. Analyse. To historier; en konvensjonell og en kontroversiell!**

### **5.1. Innledning**

Hensikten med undersøkelsen er å bidra til forståelsen av hvorfor arbeidsgivere i større grad enn før ser ut til å investere i private helseforsikringer for sine ansatte. Dette arbeidet tar utgangspunkt i at forklaringene på denne utviklingen er sammensatt, men at særlig tre tilnærminger synes relevante; systemorientert utvikling, egenskaper ved forsikringsproduktet og egenskaper ved forsikringskundene (jf. kap 1).

De senere års utvikling av helsetjenesten dokumenterer en klar reorientering av hvordan tjenestene finansieres, organiseres, ledes og i utformingen av det rettslige grunnlaget for tjenestene. Det argumenteres her for at denne utviklingen har etablert rammebetingelser og lagt til rette for at private helseforsikringer har kunnet vokse frem og anta det omfang det har fått. Denne utviklingen i måten helsetjenestene er innrettet; organisert og finansiert er dokumentert i en rekke arbeider, jf. fremstillingen i kapittel 2.

Det er vanlig å markedsføre og selge forsikringsprodukter i ”pakker” overfor forsikringskundene. Når arbeidsgivere skal inngå eller fornye sine forsikringsavtaler har det de siste årene blitt stadig mer vanlig at privat helseforsikring inngår som et element i en forsikringspakke. Det kan se ut som om dette reduserer terskelen for å anskaffe slik forsikring, samtidig som forsikringsproduktet gir arbeidsgiver en fordelaktig posisjon i personalpolitikken, jf. Avinor AS i kapittel 4.

Gjennom en case tilnærming til Avinor AS dokumenteres sentrale sammenhenger i en enkelt virksomhets holdninger, begrunnelser og argumentasjon for private helseforsikringer. Fremstillingen viser hvordan overgang fra tradisjonell forvaltningsvirksomhet til selskapsorganisering i Avinor gir arbeidsgiver endret handlingsrom i sin personalpolitikk. Videre dokumenteres hvordan antakelser om sammenhenger mellom kostnader og nytte var sentrale i Avinors beslutninger omkring private helseforsikringer.

Det ligger i hovedsak en kvalitativ tilnærming til grunn for de to første tilnærmingene for å forstå veksten i omfanget av private helseforsikringer. Hensikten er både å gi isolerte forklaringer på utviklingen av omfanget av private helseforsikringer og etablere rammer for

fortolkningen av undersøkelsens hovedmateriale. Hovedmaterialet er generert via en spørreundersøkelse blant utvalgte arbeidsgivere. Materialet er systematisert i henhold til kvantitative metoder og bearbeidet ved hjelp av statistisk analyse (SPSS og SAS).

## **5.2. Fremgangsmåte**

Hovedhensikten med undersøkelsen er å forstå hvorfor arbeidsgivere synes å ha stadig økende tilbøyelighet til å tegne private helseforsikringer å vegne av sine ansatte – i en situasjon hvor det offentlige helsetilbudet fremstår mer effektivt enn noen gang. For å etablere et datagrunnlag for forståelsen av denne utviklingen, ble det utarbeidet et spørreskjema som ble sendt til 2500 virksomheter med minimum to ansatte, fordelt over hele landet. Spørreskjemaet er utformet for å avdekke objektive karakteristika ved den enkelte virksomhet (geografisk plassering, næringstype, type arbeidsstokk, og lignende). Videre er det utformet for å bidra til forståelsen av hvordan den enkelte arbeidsgiver beskriver sin egen motivasjon og eget handlingsgrunnlag i forhold til privat helseforsikring (spørreskjema er vedlagt).

### *Utvalgsorganisering*

Med utgangspunkt i foretaksregisteret i Brønnøysundregistrene er det organisert to utvalg. Ett utvalg består av 2.000 virksomheter tilfeldig valgt blant alle virksomheter i landet med minimum to ansatte registrert i foretaksregisteret. Det andre utvalget, bestående av 500 virksomheter, ble plukket ut på samme måte, men blant virksomheter med presumptivt høyere grad av tilbøyelighet/sannsynlighet til å kjøpe private helseforsikringer for sine ansatte (et spesifisert utvalg). Grunnlaget for valg av disse virksomhetene baseres på antakelser om at disse utøver aktivitet som er mer skade- eller sykdomsutsatt enn vanlig, eller i større grad har betalingsvilje for private helseforsikringer i den hensikt å benytte dette som argument i rekrutteringssammenheng eller for å posisjonere virksomheten i kamp om arbeidskraftressursene. Sammensetning av utvalget er basert en antakelse om at type næringsområde har betydning for eksistensen og frekvensen av private helseforsikringer.

Begge utvalgene er organisert med utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås (SSB) næringsystematisering. Utvalget på 2.000 virksomheter er generert på grunnlag av tilfeldig valg blant alle virksomheter i foretaksregisteret med minimum to ansatte, mens utvalget på 500 virksomheter (med minimum 2 ansatte) er et resultat av tilfeldig utplukk av blant foretaksregistrerte virksomheter innenfor følgende næringshovedområder (SSBs kategorisering):

- Industri
- Bygg- og anleggsvirksomhet
- Varehandel, reparasjon av kjøretøy og husholdningsapparater
- Transport og kommunikasjon
- Finansiell tjenesteyting og forsikring
- Eiendomsdrift, forretningsmessig eierstyring og utleievirksomhet

I bearbeidingen av materialet er det tatt hensyn til forholdet mellom utvalgene. Enhetene i de to utvalgene er analysert sammen, og fordi enhetene i det spesifiserte utvalget opptrer hyppigere, må det tas hensyn til dette i analysen. Basert på informasjon om antallet virksomheter i ulike næringskategorier, er enhetenes betydning i materialet balansert. Det generelle er at enhetene i det spesifiserte utvalget er vektet ned og enhetene i utvalget tilfeldig organisert har fått økt relativ betydning.<sup>88</sup>

### *Spørreskjema*

Spørreskjemaet er innrettet for å avdekke arbeidsgiveres forståelse av og holdning til private helseforsikringer, og for å gi et inntrykk av hvilke motivasjoner som eventuelt ligger til grunn for å inngå avtaler om privat helseforsikring. Spørreskjemaet har samtidig en utforming som gir inntrykk av arbeidsgivernes innsikt i/forståelse av helsepolitikken. I tillegg kartlegges, via spørreskjemaet, en rekke objektive forhold knyttet til den enkelte virksomhets antall ansatte, fordeling i alderssammensetning, de ansattes utdanningsbakgrunn, omsetning, resultat, m.m.

Spørreskjemaet ble i februar 2005 sendt ut til 2.500 virksomheter basert på den organiseringen som er referert ovenfor. I begynnelsen av april samme år hadde om lag 600 virksomheter returnert spørreskjemaet ferdig utfylt. Det ble gjennomført en purrerunde som i

---

<sup>88</sup> I henhold til registreringer i foretaksregisteret ved oppstarten av datainnsamlingen i desember 2004 januar 2005, bearbeidet av Statistisk sentralbyrå, er forholdet mellom utvalgene beregnet på følgende måte:

- Per 31.12.2004 var det samlet 65.183 virksomheter i utvalget som ble valgt tilfeldig blant spesifiserte næringskategorier, og
- 25.431 virksomheter innenfor næringskategoriene i utvalget organisert tilfeldig blant alle virksomheter
- Utvalgenes univers summert angir 90614 virksomheter
  - Det spesifiserte utvalget utgjør  $65.183 / 90.614 = 0,719348$
  - Det tilfeldige utvalget utgjør  $25.431 / 90.614 = 0,280652$

For di enhetene i det spesifiserte utvalget opptrer med større frekvens utgjør disse virksomhetene:  $0,719348 / (904/1004) = 0,7989219$ . Enhetene i det andre utvalget utgjør:  $0,280652 / (100/1004) = 2,8177487$ . Hovedpoenget her er at betydningen av virksomhetene i det spesifiserte, men tilfeldig valgte, utvalget er vektet ned i forhold til enhetene i utvalget som er tilfeldig sammensatt av alle virksomheter, som er vektet opp.

mai 2005 resulterte i at i underkant av 1.100 virksomheter, eller om lag 44 prosent av alle virksomheter som ble forespurt, returnerte spørreskjemaet ferdig utfylt.

### *Prosessering av datamateriale*

Respondentenes svar ble manuelt punchet i excel. Materialet ble senere bearbeidet i programvaren SPSS/SAS for statistisk analyse. Det er i forbindelse med analysearbeidet gjort ulike vurderinger av kvaliteten i respondentenes svar som har medført at antallet svar som inngår i analysen er redusert fra i underkant av 1100 til 1004. Kvalitetsvurderingene dreier seg om i hvilken grad skjemaet er fullstendig utfylt og hvorvidt det er åpenbare misforståelser som ligger til grunn for respondentens svar. En typisk misforståelse i denne sammenheng omfatter for eksempel respondenter som ikke har oppfattet undersøkelsens distinksjon mellom private helseforsikringer og andre tilgrensende forsikringstyper (gruppeliv-, skade-, livsforsikring og lignende). Når respondentens svar avslører slike misforståelser, er svarene unntatt fra videre bearbeiding og analyse.

### **5.3. Beskrivende statistikk**

Nedenfor beskrives hvordan enhetene i materialet fordeler seg i forhold til de ulike problemstillinger undersøkelsen tar opp. Beskrivende statistikk benyttes for å få oversikt over viktige trekk ved datamaterialet.

#### *Generelle karakteristika*

Respondentene representerer i stor grad de delene av landet med høyest befolkningsskonsentrasjon. Fylkene Oslo, Akershus, Rogaland, Hordaland, og Sør Trøndelag representerer om lag 50 prosent av materialet. I disse fem fylkene finnes om lag 44 prosent av alle landets virksomheter. De fire største byene Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger/Sandnes utgjør geografisk kilde for ca. 33 prosent av respondentene. Den samlede andelen av virksomhetene i landet lokalisert til disse byene utgjør nesten 70.000, eller vel 22 prosent. Virksomheter i Oslo og Bergen alene står for 25 prosent av svarene. Samtidig utgjør virksomheter i Bergen og Oslo i underkant av 18 prosent av det samlede antall virksomheter i landet.<sup>89</sup>

---

<sup>89</sup> Andelen respondenter relatert til andelen av landets samlede antall virksomheter er basert på data fra Statistisk sentralbyrås statistikkbank. Virksomheter med mindre enn to ansatte er ekskludert. Tallmaterialet er generert i 1 kvartal 2005 som er parallelt til tidspunkt for denne undersøkelsens innsamling av data.

Rundt 72 prosent av respondentene er kategorisert innenfor næringskategoriene i utvalget som er sammensatt på grunnlag av forventninger om hvilke bransjer og næringer hvor privat helseforsikring forekommer med antatt høyest tilbøyelighet eller sannsynlighet. Virksomheter innenfor næringskategorier i det spesifiserte utvalget er sterkt overrepresentert i materialet.

Blant respondentene er det gjennomsnittlig 20 ansatte per virksomhet. Minimum antall ansatte er to og maksimum antall ansatte er 1702. Antall ansatte per virksomhet, basert på middelverdi (median) er sju personer. I gjennomsnitt er vel tre medarbeidere per virksomhet over 55 år (median=1) og mindre enn fire medarbeidere per virksomhet er under 30 år (median=1). Gjennomsnittlig er sju medarbeidere per virksomhet kvinner (median=2). Hva gjelder utdanning har i gjennomsnitt fire av 20 ansatte høyere utdanning (høyskole, universitet eller tilsvarende) (median=1).

Den gjennomsnittlige omsetning per virksomhet er 1,9 mill. kroner per ansatt (median=1,03 mill. kroner). Spredningen er stor; minimum omsetning per ansatt er 0, mens maksimum omsetning er 6,1 mill. kroner per ansatt. Virksomhetsresultatet er 0,12 mill. kroner per ansatt i gjennomsnitt, med -4 mill. kroner og 5,2 mill. kroner per ansatt som grenseverdier.

#### *Hvor omfattende er omfanget av private helseforsikringer?*

Undersøkelsen baserer seg på 1.004 respondenters svar og vurderinger. Av alle 1.004 virksomhetene bekreftet 113 at de har privat helseforsikring for hele eller deler av arbeidsstokken. Dette utgjør 11,4 prosent av de responderende virksomhetene. I denne mengden er de virksomheter som bekreftet at de har privat helseforsikring, men hvor forsikringsforholdet angår andre forsikringer enn lagt til grunn i vår strenge definisjonen, utelukket.

De 113 virksomhetene med privat helseforsikring fordeler seg på denne måte mellom ulike forsikringsselskaper:

*Tabellen angir fordeling av private helseforsikringer mellom de tre markedsledende selskapene og andre, med hensyn til antall og prosentandel*

Selskap	Antall	Prosentandel
Storebrand Helse	42	36
Vertikal	27	24

Skandia	6	5
Andre*	38	35
Sum	113	100

\* Kategorien andre rommer andre norske forsikringsselskaper som Vital, Vesta, Gjensidige NOR, IF, samt internasjonale selskaper (internasjonale avtaler i fem av tilfellene)

Hvert enkelt selskap tilbyr ulike forsikringsprodukter med ulik premie og dekningsgrad. Spørreskjemaet avdekker type produkt, men det er ikke hensiktsmessig for denne fremstillingen å skille disse ut her.

Mens vel 11 prosent av respondentene har privat helseforsikring, har mer enn hver tredje respondent mottatt tilbud om privat helseforsikring. Om lag 15 prosent av de virksomhetene som ikke har privat helseforsikring (N=891) har vurdert å anskaffe slik forsikringsdekning.

Blant de virksomhetene som har privat helseforsikring har 15 inngått forsikringsavtale i 1995 eller før. I det norske forsikringsmarkedet ble helseforsikringer en del av tilbudet i andre halvdel av 1990-tallet og ytterligere 14 virksomheter viser til at de anskaffet slik forsikring i perioden mellom 1996 og til og med 1999. Den sterke relative veksten i Norge har funnet sted fra og med år 2000 og materialet dokumenterer at 65 av respondentene kan vise til at de har en avtale om privat helseforsikring i perioden 2000 til og med 2004. Denne tendensen samsvarer godt med selskapenes egenrapportering over veksten i antall forsikringskunder. I materialet har 19 respondenter med privat helseforsikring ikke identifisert tidspunktet for når forsikringsavtalen første gang ble inngått. Dette påvirker likevel ikke tendensen og sannsynligvis fordeler restmaterialet seg slik at, om tidspunktet var kjent, ville dette understøtte fremstillingen av en tiltakende frekvens i antall forsikringsavtaler.

#### *Helseforsikring for Jørgen Hattemaker eller Kong Salomon?*

Det ser ut til at det er mer vanlig at virksomheter med privat helseforsikring dekker utvalgte ansatte heller enn å sørge for privat helseforsikring for alle virksomhetens ansatte (kollektiv privat helseforsikring). Vel 60 prosent av alle virksomheter med privat helseforsikring har forsikret utvalgte deler av arbeidsstokken, mens vel 36 prosent beskriver sitt forsikringsforhold som kollektivt, i den betydning at forsikringen dekker alle ansatte. Blant alle virksomheter med selektiv helseforsikringsdekning er det av betydning å vite mer om hvilke virksomhetsgrupper som tilgodeses med privat helseforsikring.

Materialet dokumenterer at 44 prosent av alle virksomheter med ikke-kollektiv privat helseforsikring har valgt slik forsikring for å sørge for helsetjenester til nøkkelpersonell (virksomhetskritisk arbeidskraft). Tilsvarende markerer 67 prosent av virksomhetene med helseforsikring, men uten kollektiv forsikringsdekning, at forsikringen gjelder virksomhetsledere. Om lag 42 prosent av virksomheter med privat helseforsikring har slike avtaler på vegne av sine eiere. Av alle virksomheter med privat helseforsikring, men hvor forsikringen ikke er kollektiv, er det mindre enn 3 prosent av virksomhetene som har slik forsikring spesifikt innrettet mot ansatte som er spesielt skade- eller sykdomsutsatte. Tilsvarende gjelder for virksomheter hvor privat helseforsikring er en forhandlet del av ansettelsesvilkårene.

Når privat helseforsikring ikke er kollektiv; men kun dekker enkelte ansatte i en virksomhet, er det en markant tilstedeværelse av tre spesifikke grupper i rangerte rekkefølge; ledere, nøkkelpersonell og eiere. Blant virksomheter med privat helseforsikring er kollektiv dekning mye mindre vanlig enn dekning av uvalgte grupper innenfor den enkelte virksomhet.

#### *I hvilken grad anvendes forsikringen?*

Blant virksomheter med privat helseforsikring ser det ut til anvendelse av forsikringen sjelden forekommer. Bare 25 virksomheter rapporterer at forsikringen har vært anvendt. Dette svarer til om lag 2,5 prosent av alle respondentene i undersøkelsen. På tross av veksten i antallet virksomheter med privat helseforsikring etter 2000, og det større antallet helseforsikringstakere i 2004 kontra 2003, registreres ikke økt anvendelse av de rettighetene en forsikring utløser.<sup>90</sup> Dette er interessant og kan innebære at forsikring av tilgang til helsetjenester kanskje betraktes som forsikring mot en hvilken som helst situasjon; utbedring av bilskade, personskade- eller pensjonsrelaterte ytelser, heller enn som en reaksjon mot at det offentlige helsetilbudet oppfattes mangelfullt. Muligens sier dette faktum mer om arbeidsgiveres betalingsevne og betalingsvilje i forhold til arbeidsmarkedet, enn om behovet for å sørge for eksistensen av et helsetilbud som ikke er forutberegnelig i det offentlige?

#### *Forsikringskundernes vurdering av kvaliteten i helsetilbudet*

Respondentene som har benyttet helsetilbud via forsikringsavtalen ble bedt om å beskrive hvordan enkelte sider ved det medisinske tilbudet ble oppfattet i relasjon til det offentlige

---

<sup>90</sup> Tvert imot svarer respondentene i større grad at forsikringen ikke er anvendt i 2004 sammenliknet med 2003; 67 mot 64 prosent. Dette på tross av at omfanget av private helseforsikringer er betydelig større i 2004 enn i 2003.

tilbudet. Tre av fire virksomheter mente at privat helseforsikring har bidratt til at tilbud om medisinsk utredning/vurdering ble tilbudt noe, eller vesentlig raskere enn det tilsvarende offentlige tilbudet. Mer enn tre av fire virksomheter mener at tilbudet om behandling ble tilbudt noe, eller vesentlig raskere enn i det offentlige. Imidlertid svarer nesten to av tre virksomheter at det ikke er kvalitetsmessig forskjell på det medisinske tilbudet mellom offentlige og private tilbydere. 1/3 del av virksomhetene mener det private tilbudet er noe bedre enn det offentlige.

Av alle virksomhetene som har ansatte som har benyttet seg av forsikringen, gir i stor grad uttrykk for at de er fornøyd, eller meget fornøyd med det medisinske tilbudet som følger av forsikringsforholdet (83 prosent). Veldig få virksomheter er misfornøyd.

#### *Hva arbeidsgivere kan om "helsepolitikken?"*

I spørreskjemaet ble virksomhetene bedt om å ta stilling til 6 påstander om utvalgte helsepolitiske forhold (galt eller riktig). Nedenfor gjengis påstandene og fordelingen mellom de to svarkategoriene.

*Påstander om helsepolitiske tema og hvordan respondentene fordeler seg mellom svarkategoriene. Andel riktige og gale svar er angitt i prosent (summen av svarene blir ikke alltid 100, da differansen er "missing")*

<b>Påstand</b>	<b>Rett svar</b>	<b>Andel Riktig</b>	<b>Andel Galt</b>
Pasientrettighetsloven gir alle innbyggere i Norge rett til å kreve medisinsk vurdering og operasjon/behandling på sykehus innen en uke etter at fastlegen har anbefalt dette	FEIL	82	15
Ingen pasienter, uansett type sykdom, venter i dag mer enn to måneder på den helsetjeneste de skal ha	FEIL	85	12
Siste fem år er ventetiden til medisinsk vurdering og behandling redusert vesentlig ved de offentlige sykehusene	RIKTIG	77	20
Fritt sykehusvalg gir den enkelte mulighet til fritt å velge behandlingssted hvor som helst i landet	RIKTIG	90	10
Trygdeetaten administrerer en ordning hvor alle arbeidstakere som er sykmeldt med en enklere fysisk lidelse, kan få tilbud om behandling uten å måtte stå i sykehuskø. Alle utgifter dekkes av trygdeetaten	RIKTIG	23	73
Statsbudsjettet for 2005 utgjør vel 650 milliarder kroner. Av dette beløpet bruker staten om lag 100 milliarder kroner til å finansiere utgiftene til ulike helsetjenester	RIKTIG	30	60



Andelen virksomheter med korrekte svar varierte mellom 77 og 90 prosent på de første spørsmålene. De to første påstandene er ikke riktige, mens påstand tre og fire er riktige. Mens mer enn 70 prosent av virksomhetene ikke hadde kjennskap til trygdeetatens ordning med kjøp av helsetjenester for sykmeldte, visste 60 prosent av virksomheten at de statlige utgiftene til offentlige helsetjenester er så høyt som om lag hver sjette krone på statsbudsjettet i 2005.

*Hva er de sentrale begrunnelsene for privat helseforsikring blant norske arbeidsgivere?*

Bare 10 prosent av alle virksomhetene bekrefter at ansatte har ytret ønske overfor arbeidsgiver om å anskaffe privat helseforsikring.

I underkant av 14 prosent av respondentene mener at de har økonomiske tap eller har hatt vesentlige utgifter som følge av at sykmeldte ansatte venter på et medisinsk tilbud ved offentlige sykehus. Dette synes noe overraskende, all den tid dette fremstår som et av de sentrale argumentene som anvendes i markedsføringen av private helseforsikringer. På den annen side, må enkeltvirksomheters økonomiske tap, som følge av at ansatte venter på et helsetilbud, være begrenset ettersom sykelønnsordningen er utformet slik at ved utløpet av arbeidsgiverperioden (16 kalenderdager) overtar staten, via trygdeetaten, som hovedregel kostnadene knyttet til sykefraværet. Dette er likevel mer komplekst. Som vi senere skal se, har forståelsen av kostnader ved sykefravær en sterk og signifikant sammenheng med sannsynligheten for at virksomheter har private helseforsikringer. Virksomheter som oppfatter at privat helseforsikring kan redusere slike kostnader vil med større sannsynlighet enn andre virksomheter ha slik forsikring.

For å etablere en tydeligere forståelse for hvor sterkt de mest anvendte begrunnelsene for å anskaffe private helseforsikringer står blant norske arbeidsgivere, ble respondentene bedt om å avklare grad av enighet til 6 begrunnelser for å tegne privat helseforsikring.

*Sentrale begrunnelser for privat helseforsikring og frekvensfordeling av respondentenes tilslutning til disse. Svarene er kategorisert som enten helt enig, enig, verken enig eller uenig, uenig og helt uenig og angis i prosent.*

<b>Privat helseforsikring</b>	<b>Helt enig</b>	<b>Enig</b>	<b>Nøytral</b>	<b>Uenig</b>	<b>Helt uenig</b>
....reduserer virksomhetens kostnader knyttet til sykdom, fravær og vikarer	11	24	35	12	13
....bidrar til at virksomheten fremstår som moderne og ansvarlig med attraktiv profil	16	35	30	6	8

...bidrar til at virksomheten kan konkurrere om, rekruttere og holde på den mest attraktive arbeidskraften	13	31	31	10	11
...bidrar til at virksomheten unngår unødig sykefravær blant ansatte som er nøkkelressurser	19	28	30	9	10
....er unødvendig fordi helsetjenester er et offentlig ansvar	15	17	28	23	13
....er ikke aktuelt fordi virksomheten ikke har nødvendig kunnskap om slike forsikringsordninger	7	11	42	17	19

Det er 35 prosent av respondentene som er enig eller helt enig i at en virksomhet kan redusere kostnadene til sykefravær, vikarer, etc. ved hjelp av privat helseforsikring. Omtrent hver åttende virksomhet er helt uenig i denne sammenhengen.

Mer enn 40 prosent av virksomhetene anser privat helseforsikring som hensiktsmessig for å fremstå med en moderne og attraktiv profil. Mindre enn åtte prosent er helt uenig i denne begrunnelsen for private helseforsikringer.

Samtidig anser om lag 43 prosent av virksomhetene privat helseforsikring som et konkurransefortrinn i kampen om ressursene på arbeidsmarkedet.

Nesten halvparten av alle spurte er enig eller helt enig i at privat helseforsikring bidrar til å unngå sykefravær blant ansatte som anses som nøkkelressurser i virksomheten. Virksomhetene plasserer seg markert mer positive til denne begrunnelsen for private helseforsikringer, enn til den mer generelle effekten av private helseforsikringer på kostnadene til sykefravær som den første påstanden rommer. Det kan være mange forklaringer på dette forholdet. Dersom dette sammenholdes med at mer enn 60 prosent av virksomhetene som har privat helseforsikring forsikrer utvalgt ansatte, ofte ledere, kan dette tyde på et visst sammenfall mellom forståelsen av hva som er en nøkkelressurs og det å inneha en lederrolle. Private helseforsikringer kan slik oppfattes å ha en kostnadsreduserende effekt når den er selektivt organisert, men altså ikke som et kollektivt fenomen.

Bare hver tredje virksomhet anser private helseforsikringer som unødvendig med henvisning til at helsetjenester er et offentlig ansvar. Mer enn 37 prosent av de spurte er helt uenig eller uenig i at slike forsikringer er unødvendig fordi det offentlige skal ta ansvar for helsetilbudet.

Videre mener mer enn hver tredje virksomhet (37 prosent) at det ikke er slik at private helseforsikringer er uaktuelt fordi virksomheten ikke har kunnskap om slike forsikringsordninger. 17 prosent av virksomhetene er enig eller helt enig i at mangel på kunnskap ikke aktualiserer private helseforsikringer.

#### **5.4. Under hvilke forutsetninger er det sannsynlig at arbeidsgiver velger private helseforsikringer?**

Materialets sentrale trekk og egenskaper er beskrevet ovenfor. Nedenfor intensiveres fremstillingen av materialets mest karakteristiske sammenhenger.

Denne undersøkelsen studerer bakgrunnen for veksten i omfanget av private helseforsikringer de senere år, med særlig fokus på hvorfor arbeidsgivere i økende grad ser ut til å være villige til å kjøpe private helseforsikringer for sine ansatte. Det argumenteres for at forklaringer på denne utviklingen må søkes som funksjoner av systemorienterte endringer (finansiering, organisering, og lignende), egenskaper ved forsikringsproduktet og egenskaper ved forsikringskundene. Det er her lagt særlig vekt på å undersøke egenskaper ved forsikringskundene som grunnlag for å forstå veksten i helseforsikringsmarkedet.

I en fase med sterk statlig reformiver og evne og vilje til å dekke opp for kostnadsutviklingen i helsetjenesten, øker samtidig den enkeltes evne og vilje til å finansiere ytterligere dekning av fremtidig helserisiko via markedsbaserte løsninger. Innledningsvis ble det lansert mulige antakelser om denne sammenhengen, bl.a. at veksten kan knyttes til at virksomhetene ønsker å redusere sine kostnader til fravær som følger av sykdom, at virksomhetene er usikre på det offentlige leveranser av helsetjenester og at virksomhetene anvender helseforsikringer som et virkemiddel i kamp om arbeidskraft.

I det videre analyseres følgende sentrale hypoteser:

***H1*** *Veksten i antallet private helseforsikringer er sterkere for virksomheter i utvalgte næringer lokalisert i det sentrale østlandsområdet og i de store byene*

I en situasjon hvor det offentlige helsetilbudet er mer omfattende enn noen gang, og hvor tilgangen på helsetjenester er forbundet med mindre venting enn på mange år, kan det være grunnlag for å forvente at private helseforsikringer er mer aktuelt for virksomheter i

pressområder, i virksomheter med god økonomi og i virksomheter som er spesielt skade- og sykdomsutsatt.

Den andre hypotesen rommer sykefraværspoenget. I den perioden hvor veksten i omfanget av private helseforsikringer har vært sterkest, fra 2000 til i dag, har samtidig sykefraværet og veksten i antallet nye uførepensjonister vært historisk høyt. Veksten i omfanget av private helseforsikringer faller i tid sammen med myndighetene og partene i arbeidslivets felles bestrebelser for å redusere sykefraværet og avgangen til uførepensjon, jf. bl.a. avtalen om et inkluderende arbeidsliv. Det kan være grunn til å forvente at landets virksomheter ser på private helseforsikringer som et redskap for å holde nede kostnader knyttet til sykefravær. Vi har tidligere sett at Avinor AS la denne typen argumentasjon til grunn for sine disposisjoner.

Samtidig er reduksjon av kostnader i forbindelse med sykefravær et fremtredende argument i forsikringsselskapenes markedsføring av slike forsikringer. Derfor:

***H2 Virksomhetene betrakter private helseforsikringer som et redskap til reduksjon av kostnader knyttet til sykefravær***

Den tredje hypotesen reflekterer dynamikken i et arbeidsmarked med høy mobilitet. Når arbeidstaker og arbeidsgiver møtes på arbeidsmarkedet forhandles det om ytelser og motytelser. I det moderne arbeidsliv har andre goder enn lønn fått betydning når arbeidsgiver skal kjøpe arbeidstakers lojalitet. I arbeidslivet har det blitt mer og mer vanlig at arbeidstakere gis tilleggsytelser som mobiltelefon, telefon, pc/internett, aviser, bistand til renhold hjemme, ulike typer bilgodtgjørelser, praktiske løsninger når bilen skal på service, skjorterens m.m. Hvorfor ikke også private helseforsikringer som et element i arbeidsgivers palett? På samme tid er arbeidstakeren i økende grad oppmerksom på å kreve fordeler som ikke kommer på toppen av lønnsinntekten og derfor ikke underlegges beskatning. Den sterkeste veksten i omfanget av private helseforsikringer faller tidsmessig sammen med tre år (1. januar 2003 til 1. januar 2006) med fravær av fordelsbeskatning på arbeidstaker og tilsvarende fravær av økt arbeidsgiveravgift på arbeidsgivers hånd.

Private helseforsikringer kan på denne bakgrunn forstås som et produkt på arbeidsmarkedet. Arbeidsgiver kjøper private helseforsikringer som et gode for sine ansatte og anser dette nødvendig både for å beholde og rekruttere attraktiv arbeidskraft og for å understøtte egen

virksomhet som merkevare overfor sine omgivelser. Dette leder hen til en tredje antakelse om veksten i omfanget av private helseforsikringer:

***H3** Private helseforsikringer er et symbol og virkemiddel i kampen om å sikre tilgang på arbeidskraftressurser*

Det forventes at i den grad veksten i private helseforsikringer kan betraktes som en funksjon av det moderne arbeidslivet, vil frekvensen av slike forsikringer gjenfinnes blant virksomheter i pressområder og blant virksomheter med god økonomi. Dette på bakgrunn av en antakelse om at virksomheter med slike grunnkarakteristika raskest vil adoptere og tilpasse seg motefenomener og strømninger i arbeidslivet.

Før vi går videre drøftes sentrale variable i analysen. Den avhengige variabelen reflekterer utviklingen i omfanget av private helseforsikringer, mens de uavhengige representerer forhold som forklarer eller påvirker denne utviklingen.

### **5.5. Avhengig variabel; omfanget av private helseforsikringer**

Omfanget av private helseforsikringer refererer til de senere års vekst i antallet slike forsikringer. Med omfang kan det skapes assosiasjoner til dekningsgrad, type tjenester, etc som følger av en avtale om privat helseforsikring. Dette er forhold som varierer mellom land og mellom ulike typer helseforsikringer og forsikringsselskap. Variabeldefinisjonen avgrenses mot slike nyanser og konsentreres utelukkende om frekvensen av slike forsikringer innenfor rammen av norske selskapers helseforsikringstilbud. Den norske historien på feltet, dokumenterer private helseforsikringer som et nytt fenomen med om lag 10 års eksistenstid. Det essensielle er utviklingen i mengden slike forsikringer i en tid med massiv ressursinnsats i den offentlige helsetjenesten. Derfor; det norske helseforsikringsmarkedet er begrenset og for denne fremstillingens formål er det interessante knyttet til veksten i antallet private helseforsikringer tilbudt av forsikringsselskapene.

### **5.6. Uavhengige variable**

Denne analysen skal bidra forklare den sterke veksten i antallet private helseforsikringer og beskrive egenskaper ved de virksomhetene som tilbyr sine ansatte slike forsikringer. Det er samlet inn data som beskriver en rekke ulike variable, jf. fremstillingen ovenfor (jf også vedlagte spørreskjema). Som følge av at undersøkelsen skal fange opp de sentrale forklaringer på den sterke veksten i antallet private helseforsikringer, er det nødvendig at den multivariate

analysen kontrollerer for flest mulige forhold som karakteriserer virksomhetene som inngår i datamaterialet. For å teste hypotesene formulert ovenfor, er følgende uavhengige variable inkludert i analysen: geografi, omsetning, virksomhetsresultat, andel ansatte over 55 år og under 30 år, andel ansatte med høyere utdanning, andelen kvinner, type næring, kunnskap om helsepolitikken, vurdering av sykefraværskostnader og ansattes krav om private helseforsikringer.

### *Geografi*

Det antas at forekomsten av private helseforsikringer er større i virksomheter i bynære områder, særlig i tilknytning til det sentrale østlandsområdet og de fire største byene. Antakelsen baserer seg på at det er her konkurransen om arbeidskraften og viljen og evnen til å benytte slike ytelser er størst, og det er i disse områdene det er høyest konsentrasjon av virksomheter som er presumptivt mest tilbøyelige til å helseforsikre sine ansatte. Det er derfor hensiktsmessig å teste hvorvidt geografisk lokalisering har betydning for virksomhetenes omfang av helseforsikringer.

### *Omsetning og virksomhetsresultat*

Virksomhetenes omsetning og resultat antas å ha betydning for handlingsevne og viljen til å disponere ressurser for å tegne privat helseforsikring for sine ansatte. I analysen testes i hvilken grad omsetning og resultat har betydning for forekomsten av private helseforsikringer.

### *Alder og kjønn*

Det undersøkes også hvorvidt alder og kjønn har tilsvarende effekt. Det er kartlagt i hvilken grad andelen ansatte under 30 år og over 55 år har innflytelse på frekvensen av helseforsikringer. Lavt alderssnitt kan tenkes å påvirke de ansattes etterspørsel etter helseforsikringer, mens et høyt alderssnitt kan tenkes å produsere samme effekt basert på økt tilbøyelighet til skade- og sykdomsfravær.

I tillegg testes betydningen av virksomhetenes kvinneandel. Jo høyere kvinneandel, jo høyere er sykefraværet og avgangen til uførepensjon. Dette kan tenkes å påvirke forekomsten av helseforsikringer som en konsekvens av å betrakte helseforsikringer som et redskap for reduksjon av slikt fravær. Motsatt kan høy kvinneandel også tenkes å redusere tilbøyeligheten til slik forsikring, ved at kvinnedominerte arbeidsplasser gjennomgående er mindre tilgodesett med ytelser utover tradisjonell avlønning.

### *Type næring*

Undersøkelsen er organisert med utgangspunkt i en forventning om at enkelte næringer er mer tilbøyelige til å helseforsikre sine ansatte. Det er to hovedresonnementer bak denne forventningen. Enkelte virksomheter har et arbeidsinnhold som i større grad enn andre eksponerer ansatte for skader og sykdom, for eksempel virksomheter med krevende fysisk arbeid. Andre virksomheter vil i større grad enn andre rekruttere ansatte som selv krever tilleggssytelser som bl.a. helseforsikringsordninger og har evne til å bære slike kostnader.

### *Kunnskap om helsepolitikken*

Som vist ovenfor, er respondentene konfrontert med ulike påstander om sentrale forhold i helsepolitikken. Hensikten er å kartlegge hvorvidt virksomhetene har kunnskap til å skille mellom riktige og uriktige påstander for på en indirekte måte avlese hvorvidt kunnskap om offentlig helsepolitikk reduserer tilbøyeligheten til å helseforsikre sine ansatte via private løsninger. Dette basert på en antakelse om at jo mer man vet om offentlige ordninger og status for helsetjenester, jo mer informert vil virksomheten kunne håndtere eventuelle vurderinger av privat helseforsikring.

### *Vurdering av sykefraværskostnader*

Ettersom sykefravær ofte anvendes som et argument for privat helseforsikring, både i forsikringsselskapenes markedsføring og i virksomhetenes beslutningsgrunnlag, testes hvorvidt virksomhetenes vurdering av kostnader til slikt fravær, som følge av ventetid på behandling, påvirker omfanget av helseforsikringer.

### *Ansattes krav om privat helseforsikring*

Ansattes etterspørsel etter helseforsikring kan tenkes å påvirke utviklingen i omfanget av private helseforsikringer. Slike krav kan fremsettes overfor arbeidsgiver som en tilleggssytelse og arbeidsgivers tilbøyelighet til å møte et slikt krav kan være en funksjon av forventninger til suksess i rekrutteringsarbeidet og slik inngå som et profileringsmoment. Det testes hvorvidt et slikt krav har betydning for omfanget av helseforsikringer.

*Tabell 5.6 Definisjoner av variablene anvendt i analysen*

Variabel	Definisjon	Datakilde	Data fra (år)
Økonomisk resultat	Virksomhetens resultat før skatt * 1 000 000 /totalt antall ansatte	Foretaksregisteret	2003

Andel ansatte -over 55 år	Antall ansatte over 55 år/totalt antall ansatte	Spørreskjema	2004
Andel ansatte -under 30 år	Antall ansatte under 30 år/totalt antall ansatte	Spørreskjema	2004
Andel kvinner	Antall ansatte kvinner/totalt antall ansatte	Spørreskjema	2004
Andel med høy utdanning	Antall ansatte med høyskole- eller universitetsutdanning/totalt antall ansatte	Spørreskjema	2004
Størrelse	Antall ansatte	Spørreskjema	2004
Jord- og skogbruk (dummy)	Verdien 1 for virksomheter innen jord- og skogbruk, 0 ellers	Foretaksregisteret	2003
Bergverksdrift og utvinning (dummy)	Verdien 1 for virksomheter innen bergverksdrift og utvinning, 0 ellers	Foretaksregisteret	2003
Bygge- og anleggs- virksomhet (dummy)	Verdien 1 for virksomheter innen bygge- og anleggsvirksomhet, 0 ellers	Foretaksregisteret	2003
Finansiell tjenesteyting og forsikring (dummy)	Verdien 1 for virksomheter innen finansiell tjenesteyting, 0 ellers	Foretaksregisteret	2003
Kunnskap om helsepolitikk	Indeks basert på spørsmålsbatteri om helsepolitikk. Verdien 6 for maks antall riktige, 0 for ingen riktige	Spørreskjema	2005
Økonomiske tap ved sykdom (dummy)	Verdien 1 dersom vesentlige inntekstap eller vesentlig økte utgifter som følge av sykemelding og ventet på behandling, 0 ellers	Spørreskjema	2005
Press fra ansatte (dummy)	Verdien 1 dersom ansatte har ytret ønske om kjøp av privat helseforsikring for ansatte, 0 ellers	Spørreskjema	2005
Letter rekruttering	Påstand om at helseforsikring letter rekruttering av attraktiv arbeidskraft (-2 = helt uenig, 2 = helt enig)	Spørreskjema	2005



## 5.7. Analyse

Variasjon i sannsynlighet for å kjøpe privat helseforsikring analyseres basert på logistisk regresjon. I denne analysen tar den avhengige variabelen verdien 1 dersom virksomheten har privat helseforsikring, 0 ellers. Sannsynligheten for å kjøpe privat helseforsikring forklares med utgangspunkt i en enkel etterspørselsmodell. På grunnlag av kvalitative intervjuer og analyser fra andre land antar vi at etterspørselen etter helseforsikring varierer med bedriftens økonomiske resultat, ansattes forventede sykkelighet beskrevet ved ansattes kjønns- og alderssammensetning, virksomhetens risikoprofil beskrevet ved hvilken næringskategori bedriften tilhører og virksomhetens størrelse. Virksomhetsstørrelse reflekterer i hvilken grad virksomheten er selvassurandør. Vi antar med andre ord en negativ sammenheng mellom størrelse og sannsynligheten for å ha kjøpt helseforsikring. Basert på innledende analyser defineres dummyvariabler for næringskategoriene jord- og skogbruk, bergverksdrift og utvinning, bygge- og anleggsvirksomhet og finansiell tjenesteyting og forsikring. De øvrige næringskategoriene, i hovedsak offentlig og privat tjenesteyting og tradisjonell industri, er referansekategori. Denne analysen rapporteres i kolonne A i tabell 5.7.2.

I to utvidede analyser (kolonne B og D i tabell 5.7.2) inkluderes variabler som beskriver bedriftsledelsens kunnskap om helsepolitikk, virksomhetens erfaringer når det gjelder sykefravær, ansattes ønsker eller krav om helseforsikringer og ledelsens vurdering av helseforsikring i rekrutteringssammenheng. Tabell 5.7.1 gjengir beskrivende statistikk.

*Tabell 5.7.1 Beskrivende statistikk*

Variabel	Gjennomsnitt	Std.avvik	Min	Maks
Økonomisk resultat	0,14	0,49	-4,02	5,28
Andel ansatte -over 55 år	0,23	0,24	0,00	1,00
Andel ansatte -under 30 år	0,16	0,20	0,00	1,00
Andel kvinner	0,34	0,28	0,00	1,00
Andel med høy utdanning	0,25	0,29	0,00	1,00

Størrelse (i 100 ansatte)	2,04	7,04	0,02	170,20
Jord- og skogbruk (dummy)	0,01	0,08	0,00	1,00
Bergverksdrift og utvinning (dummy)	0,00	0,06	0,00	1,00
Bygge- og anleggsvirksomhet (dummy)	0,09	0,29	0,00	1,00
Finansiell tjenesteyting og forsikring (dummy)	0,05	0,22	0,00	1,00
Kunnskap om helsepolitikk	4,14	1,14	0,00	6,00
Økonomiske tap ved sykdom (dummy)	0,16	0,37	0,00	1,00
Press fra ansatte (dummy)	0,11	0,31	0,00	1,00
Letter rekruttering	0,31	1,12	-2,00	2,00

I alle analysene kontrolleres det for bedriftens lokalisering gjennom dummyvariabler for fylke. Årsaken er at forsikringsselskapene både kan ha benyttet ulike salgsstrategier i ulike landsdeler og at det kan være andre forhold som gjør at etterspørselen etter helseforsikringer varierer med geografi. I to spesifiseringer (kolonne C og D) benyttes også dummyvariabler for næringskategorier (de fire næringskategoriene definert over tas da ut). Bruk av dummies på denne måten gir såkalte "fixed effects"-analyser der vi utnytter variasjonen i datamaterialet innen de enkelte fylker og innen de enkelte næringer.

Det rapporteres oddsratio (O.R), grenser for 95 prosent konfidensintervall og signifikanssannsynligheter.

I det veide utvalget av virksomheter med to eller flere ansatte oppgir 113 enheter eller 11,4 prosent å ha private helseforsikringer. Av disse har 42 virksomheter avtale med Storebrand og 26 virksomheter avtale med Vertikal som er de største forsikringsaktørene i vårt utvalg. De resterende virksomhetene sprer seg på mange forskjellige forsikringsaktører. Fem av

virksomhetene (4,4 prosent av virksomhetene som har forsikringsavtale) har avtale med internasjonale selskaper.

Virksomhetene kan velge om de vil forsikre hele eller deler av arbeidsstokken. 39 prosent oppgir å ha en kollektiv forsikring, dvs. at alle ansatte er omfattet av helseforsikringen. Flertallet av virksomhetene som har avtale (61 prosent), forsikrer med andre ord kun enkelte av sine ansatte. Av de som forsikrer utvalgte grupper av ansatte, er det et klart flertall som oppgir at de forsikrer ledere og nøkkelpersonell.

Analysen av variasjon i sannsynligheten for å ha tegnet privat helseforsikring (tabell 5.7.2) har noe lavere forklaringskraft enn ønskelig. Det antas at dette har sammenheng med at kjøp av helseforsikringer representerer en ny mulighet, det er innslag av prøving og feiling i virksomhetens strategier og derfor også innslag av tilfeldigheter i hvem som for tiden har slike avtaler.

*Tabell 5.7.2 Forklaringer på variasjon i sannsynligheten for å ha helseforsikring på virksomhetsnivå i 2005. Oddsratio (konfidensintervall i parentes)*

	(A)	(B)	(C)	(D)
Økonomisk resultat	1,69** (1,15-2,49)	1,71** (1,13-2,58)	1,79** (1,21-2,66)	1,81** (1,19-2,76)
Andel ansatte -over 55 år	0,56 (0,21-1,53)	0,80 (0,28-2,28)	0,59 (0,21-1,65)	0,90 (0,31-2,66)
Andel ansatte -under 30 år	3,48** (1,29-9,38)	2,81** (0,98-8,09)	4,66** (1,63-13,34)	4,16** (1,32-13,06)
Andel kvinner	0,63 (0,28-1,44)	0,67 (0,28-1,60)	0,84 (0,35-2,04)	0,81 (0,31-2,10)
Andel med høy utdanning	1,77 (0,84-3,73)	1,86 (0,85-4,09)	2,59** (1,08-6,20)	2,70** (1,06-6,85)
Størrelse	0,94 (0,86-1,02)	0,91* (0,83-1,01)	0,93* (0,85-1,02)	0,91** (0,82-1,01)
Jord- og skogbruk (dummy)	4,41** (1,37-14,25)	6,81** (1,78-26,12)	-	-

Bergverksdrift og utvinning (dummy)	5,40** (1,14-25,49)	5,70** (1,12-29,01)	-	-
Bygge- og anleggs- virksomhet (dummy)	2,36** (1,17-4,76)	2,20** (1,05-4,62)	-	-
Finansiell tjenesteyting og forsikring (dummy)	2,62** (1,07-6,41)	2,06 (0,76-5,58)	-	-
Kunnskap om helsepolitikk	-	0,85 (0,69-1,05)	-	0,84 (0,68-1,05)
Økonomiske tap ved sykdom	-	2,16** (1,20-3,88)	-	2,11** (1,15-3,88)
Press fra ansatte	-	2,98** (1,59-5,61)	-	3,26** (1,70-6,25)
Letter rekruttering	-	1,34** (1,08-1,67)	-	1,37** (1,09-1,71)
Dummies for næringskategori	Nei	Nei	Ja	Ja
Dummies for fylker	Ja	Ja	Ja	Ja
Prosent korrekt predikert	66,20	73,20	66,70	74,00
Maksimum reskalert R <sup>2</sup>	0,13	0,21	0,14	0,23

\* =  $p < .10$ , \*\* =  $p < .05$

Vi finner stabile effekter av økonomiske resultat på sannsynligheten for å ha kjøpt private forsikringer; jo bedre økonomisk resultat for virksomheten, jo høyere er sannsynligheten for at virksomheten har privat helseforsikring for enkelte eller alle ansatte. Motsatt av hva vi forventet, finner vi at det er andelen yngre i arbeidsstokken og ikke andelen eldre som sterkest påvirker sannsynligheten for slik forsikring. Når andelen yngre øker, så øker sannsynligheten for privat helseforsikring, mens andelen eldre ikke har signifikante effekter på sannsynligheten for helseforsikring. De ansattes utdanningsnivå har også effekt; jo høyere andel ansatte med høy utdanning, jo høyere er sannsynligheten for at virksomheten har privat helseforsikring. Virksomhetsstørrelse har negativ effekt på sannsynligheten for at privat

helseforsikring forefinnes. Dette betyr, i tråd med våre antakelser, at sannsynligheten øker med fallende virksomhetsstørrelse.<sup>91</sup>

Vi finner effekter av bedriftenes eksponering for helserisiko målt ved deres næringstilknytning. Næringskategoriene jord- og skogbruk, bergverksdrift og utvinning, bygge- og anleggsvirksomhet og finansiell tjenesteyting og forsikring er overrepresentert blant virksomhetene som har privat helseforsikring. Disse bransjene er analysert nærmere i kolonnene A og B. Effektene av variablene som beskriver næringskategoriene jord- og skogbruk, bergverksdrift og utvinning og bygge- og anleggsvirksomhet er stabile ved ulike statistiske spesifiseringer, mens den positive effekten for virksomheter innen finansiell tjenesteyting blir insignifikant etter kontroll for press fra ansatte. Av næringene som har høyere sannsynlighet for å ha kjøpt helseforsikring i vårt materiale er det kun bygge- og anleggsvirksomheten som er en næring med et visst omfang (9 prosent av utvalget).

Både variablene som beskriver om bedriften har vært økonomisk skadelidende ved sykdom blant ansatte, press fra ansatte for å inngå forsikringsavtaler og ledelsens vurdering av om det å ha helseforsikring "bidrar til at virksomheten kan konkurrere om, rekruttere og holde på den mest attraktive arbeidskraften" har positive effekter på sannsynligheten for privat helseforsikring. Virksomhetsledelsens kunnskap om helsepolitikk har ikke signifikante effekter på sannsynligheten for å ha kjøpt helseforsikring, men det er en svak tendens til at de med lite kunnskap har høyere sannsynlighet for å ha kjøpt helseforsikring enn de med mye kunnskap.

## **5.8. Private helseforsikringer – for hvem? To historier**

### *Hovedkonklusjon*

Analysene identifiserer karakteristika ved virksomheter som har private helseforsikringer. Hovedkonklusjonen er at sannsynligheten for at private helseforsikringer forekommer i en virksomhet øker med økonomisk resultat, med andelen ansatte under 30 år, med andelen høyt utdannede og med bransjens forventede ulykkesrisiko. Sannsynligheten avtar svakt med virksomhetens størrelse. Bedrifter lokalisert i Oslo, Buskerud og Vestfold har noe høyere sannsynlighet for å ha kjøpt privat helseforsikring enn virksomheter i andre fylker. Det er i

---

<sup>91</sup> I en alternativ spesifisering som ikke rapporteres i tabellform, har vi testet om effekten av størrelse er ikke-lineær gjennom inklusjon av annengradsledd (størrelse kvadrert). Annengradsleddet gir ikke signifikante estimater.

tillegg indikasjoner på at virksomheter som tidligere har hatt betydelige tap forbundet med sykdom hos ansatte, som opplever press fra ansatte og som vektlegger rekruttering og å beholde det de betrakter som attraktiv arbeidskraft, med større sannsynlighet enn andre virksomheter har anskaffet helseforsikring. Virksomhetenes kjønns sammensetning ser derimot ikke ut til å ha effekt på sannsynligheten for å tegne denne typen forsikring.

Vi forventet at en økende andel eldre ville øke sannsynligheten for å kjøpe privat helseforsikring, men finner ingen signifikante effekter av denne variabelen. Derimot finner vi effekter av andel ansatte under 30 år uten at vi her hadde noen bestemte forventninger. Vi har tre forklaringer på disse funnene, som ikke nødvendigvis utelukker hverandre. For det første er det variasjon i prisen på forsikringene mellom yngre og eldre arbeidstakere. Storebrands helseforsikring, Behandlingsavtale Topp, har f.eks. en pris på omlag kroner 3 000 for ansatte til og med 30 år og på omlag kroner 7 500 for ansatte mellom 56 og 60 år. For det andre kan det tenkes at det primært er yngre arbeidstakere som har risikoutsatt arbeid og det vil i så fall være for bedrifter med høyere andel yngre å tegne helseforsikring. Den tredje forklaringen tar utgangspunkt i at private helseforsikringer ikke bare er et virkemiddel som reduserer virksomhetens utgifter forbundet med sykdom, men et virkemiddel i kampen om arbeidskraft. At vi finner effekter av utdanningsnivå og variabelen som beskriver om virksomheten bedre kan konkurrere om, rekruttere og holde på den mest attraktive arbeidskraften kan tolkes i den retning. Nærmere analyser er imidlertid nødvendig for å avklare dette forholdet.

#### *Enkelte sammenhenger kommentert spesielt*

Det er klare og til dels entydige sammenhenger mellom egenskaper ved virksomhetene og sannsynligheten for private helseforsikringer. Det synes å være dekning for at veksten i omfanget av slike forsikringer opptrer oftere i enkelte virksomheter enn andre (Hypotese 1).

Det synes også slik at private helseforsikringer anses og anvendes som et redskap for å redusere kostnader til sykefravær (H2). Dette faller også godt sammen med forsikringsselskapenes sentrale markedsføringsargumentasjon. Det er imidlertid vanskelig fullt ut å forstå betydningen av dette resonnementet, i hvert fall i en isolert kontekst. Kostnadene til sykefravær er omtrent likelig fordelt mellom landets virksomheter på den ene siden og staten ved NAV på den andre siden. Det offentliges ansvar slår vanligvis inn, og kompenserer arbeidsgivers kostnader, etter at et sykefravær har hatt 16 dagers varighet. Det er ikke uvanlig at ventetiden på et behandlingstilbud, selv om man har privat helseforsikring,

overstiger 16 dager og således vil kostnaden ved venting uansett overtas av staten etter dette antallet dager. Det sees i denne sammenhengen bort i fra sykefravær som følger av andre årsaker enn de som kan avhjelpest ved å inneha en privat helseforsikring. Den bedriftsøkonomiske virkelighet ser kanskje annerledes ut, bl.a. ved at man via private helseforsikringer muligens kan argumentere for at man raskere kommer tilbake til arbeid. Dessuten er kostnader til sykefravær ikke bare av lønnskompenserende art, men også knyttet til kostnader til erstatningsarbeidskraft, slitasje på arbeidskollektivet, tap av kompetanse m.m. Det samlede regnestykket kan dermed arte seg annerledes og begrunne arbeidsgivers vurdering av sykefraværssonementet i relasjon til private helseforsikringer.

I undersøkelsen er det også lagt til grunn at utviklingen i arbeidslivet med kamp om arbeidskraftressurser og arbeidsgivers ønske om å fremstå ”moteriktig” bidrar til å forklare veksten i omfanget av private helseforsikring (H3). Undersøkelsen synes å dokumentere denne sammenhengen i større grad enn hva man i utgangspunktet kunne forvente. Hva det moderne arbeidslivet er, kan ikke karakteriseres på en enkel måte med få variable. Likevel dokumenteres her sammenhenger mellom enkelte egenskaper og private helseforsikringer som det er fristende å knytte til en antakelse om modernitet i arbeidslivet som underliggende forklaring. Både grad av utdanning, alder, kjønn, virksomhetenes økonomiske resultat og det å formulere krav til arbeidsgiver om tilleggssytelser, som for eksempel private helseforsikringer, understøtter sannsynligheten for at en virksomhet har slike forsikringer. Dette er samtidig egenskaper ved en arbeidsstokk som gjenfinnes på arbeidsmarkedet i utvalgte næringer og i virksomheter som har høy bevissthet i kampen om arbeidskraftressursene.

På dette grunnlaget synes analysen å gi næring til alle hypotesene om sammenhenger i forståelsen av den sterke relative veksten i omfanget av private helseforsikringer. Samtidig gir analysen grunnlag for å fortelle to historier om hvem som er forsikret via private ordninger.

Materialet viser på den ene siden at private helseforsikringer representerer attraktive ordninger for arbeidstakere i virksomheter som er preget av manuelle arbeidsprosesser, hvor yrkesutøvelsen er preget av risiko for skade. Dette er den konvensjonelle historien. Konvensjonell fordi yrkesutøvelsen i seg selv begrunner og legitimerer behovet for slike forsikringsordninger. Skog- og jordbruk, bergverksdrift eller tilsvarende rommer aktivitet og

risiko som legitimerer behov for særlige ordninger for organisering av for rask helsehjelp når situasjonen krever det.

Den mer kontroversielle historien knytter an til moderniseringsprosesser i arbeidslivet som foreløpig ser ut til å eksponeres via virksomheter innenfor næringskategorien finansiell tjenesteyting og forsikring. Det umiddelbart kontroversielle ligger i at privat helseforsikring på denne måten fremstår som et overskuddsfenomen i virksomheter med stort økonomisk volum kontra andre virksomheter. Gitt at dette fenomenet samtidig representerer et utviklingstrekk under institusjonalisering består det mer grunnleggende kontroversielle i en mulig fremtidig utfordring av det legitime grunnlaget for offentlig finansiering og produksjon av helsetjenester.



## 6. Avslutning; Hva er det som skjer?

### 6.1. Innledning

Denne studien undersøker fremveksten av private helseforsikringer i Norge. Den viser bl.a. hvordan ulike utviklingstrekk; organisatoriske, økonomiske, ideologiske, m.m. opptrer samtidig i relasjon til det økende omfanget slike forsikringsordninger ser ut til å ha fått. Utviklingen i omfanget av private helseforsikringer er ikke i særlig grad underlagt offentlig debatt og fremstår, så langt, heller ikke som et tema for prinsipiell behandling innenfor den eksisterende helsepolitiske konteksten.

Det mest synlige grepet fra den sittende regjeringen i denne sammenheng har vært å reversere den foregående regjeringens beslutning om bortfall av fordelsbeskatning for arbeidsgiver og arbeidstaker ved kjøp av private helseforsikringer. Fra 1. januar 2006 har kostnaden ved slike forsikringer altså økt. I tillegg til selve forsikringspremien påløper skattekostnader. Det interessante er at dette ikke ser ut til å påvirke veksten i omfanget av slike forsikringer vesentlig. Private helseforsikringer er et vekstfelt. På tross av at myndighetene, bl.a. gjennom endringer i skattesystemet, gir uttrykk for at utviklingen ikke er ønsket,<sup>92</sup> tiltar fenomenet i omfang.<sup>93</sup>

En rekke oppslag i media våren 2006 indikerer at privat organisering av helsetjenester er i sterk vekst på tross av politiske myndigheters holdning. Dagsavisen hadde 28. mai 2006 en sak med tittelen "Flere kjøper seg ut av helsekøen." Det refereres i artikkelen til Vertikal Helseassistanse som opplever en sterk vekst i salget av private helseforsikringer: "Hittil i år har vi fått like mange nye kunder som i hele 2005. Det er snakk om 7.000 personer." Helserevyen.no kunne 29. mai 2006 fortelle om et nyetablert forsikringstilbud i regi av Medi 3 i Ålesund: "Rett før påske begynte vi å selge en forsikringsordning som sikrer våre kunder hurtig behandling ved behov. Etterspørselen er voldsom. Vi har solgt et par hundre slike forsikringer allerede."

---

<sup>92</sup> Se også Soria Moria erklæringen; Stoltenberg-regjeringens samarbeidsgrunnlag. I denne gis eksplisitt uttrykk for at kommersielle private organisatorer av helsetilbud skal begrenses. For øvrig gjelder dette også de regionale helseforetakenes kjøp av tjenester fra private tilbydere. I sum indikerer dette en dreining i holdningene til private tilbydere av helsetjenester, hvor det overordnede hensynet synes knyttet til å begrense omfanget av slike aktører på helsemarkedet.

<sup>93</sup> Helseminister Sylvia Brustad uttalte til Aftenposten 20 april i år: "Vi skal ikke ha noe forbud (mot private helsetjenester), men man skal begrense bruken av private klinikker mest mulig."

Verdens Gang kunne 23. juni 2006 fortelle at Fremskrittspartiet på Stortinget har sørget for privat helseforsikring for hele den folkevalgte storingsgruppen, deres rådgivere og administrasjon. Fremskrittspartiets leder Siv Jensen betraktet ikke dette som problematisk, dette på tross av at partiadministrasjonen på Stortinget delvis finansieres via skattebaserte overføringer.

Forsikringsnæringens hovedorganisasjons statistikk over utviklingen av privat helseforsikring dokumenterer samme tendens. Vertikal helseassistanse, som ikke rapporterer via bransjestatistikken, refererer den samme utviklingen. Den samlede veksten i omfanget av private helseforsikringer øker. Dette på tross av strukturelle endringer i skattesystemet som gjør slike ordninger mindre økonomisk fordelaktige enn tidligere (jf. kap. 3).

## **6.2. Hvordan skal vi forstå utviklingen i omfanget av private helseforsikringer?**

Det produseres helsetjenester i et stadig større omfang innenfor rammen av det offentlige helsetilbudet. Staten er mer enn noen gang villig til å anvende fellesskapets ressurser i organiseringen og utførelsen av det offentlige helsetilbudet. Samtidig er viljen til privat helseforsikring også økende.

Private helseforsikringer er et nytt innslag i den norske måten å organisere helsetilbudet på og fremstår som en funksjon av en sammensatt kobling av ulike forhold som mer indikerer en utviklingsretning enn et temporært kompensatorisk fenomen knyttet til ventetid på behandling. Utviklingen rører slik sett ved grunnleggende strukturelle karakteristika i arbeidslivet og i helsetjenesten og synes å fremstå som et brudd med den norske velferdspolitiske tradisjon, slik vi kjenner den fra etterkrigstidens industri-/velferdssamfunn. Hvordan skal vi forstå dette?

Det er sannsynligvis mange og sammensatte forklaringer på det økende innslaget av privat helseforsikring i organisering og finansiering av tilgangen på helsetjenester. Denne undersøkelsen forteller to historier.

Undersøkelsen dokumenterer at forekomsten av private helseforsikringer er høyest i virksomheter innenfor næringskategorier som jordbruk, skogbruk, bergverksdrift og bygg- og anlegg. Dette representerer den konvensjonelle historien.

Undersøkelsen dokumenterer imidlertid noe mer, en mer kontroversiell historie, hvor enkelte særlige virksomhetskjennetegn som bl.a. økonomisk resultat, alder, kjønn, utdanningsnivå varierer positivt sammen med forekomsten av private helseforsikringer; i denne sammenheng assosiert med virksomheter innenfor næringskategorien finansiell tjenesteyting og forsikring.

Dette forsøket på historiefortelling representerer en kategorisering av undersøkelsens funn. De to historiene kan neppe eksistere uavhengig av hverandre og må sannsynligvis forstås i et gjensidig avhengig forhold som både relaterer til samfunnsutviklingen og utviklingen i arbeidslivet.

Som det er vist til tidligere (jf. kap. 2) er sentrale institusjoner i samfunnet generelt, og i helsetjenesten spesielt, gradvis gitt et endret innhold. De senere års orientering av offentlig virksomhet i retning new public management-ideologi, med tilhørende økonomiske, juridiske og organisatoriske reformer i helsetjenesten, representerer sannsynligvis viktige strukturelle forutsetninger for den posisjon private helseforsikringer har fått som en måte å organisere og finansiere helsetjenester på. Aktørene i helsemarkedet, enten de er sykehuseiere, myndigheter eller pasienter gjør nødvendigvis strategiske tilpasninger til endringer i handlingsbetingelsene. I tillegg er det sannsynligvis også mulig å argumentere for at denne utviklingen initierer et mentalt skifte i befolkningens forståelse av det helsetilbudet de eventuelt, eller en gang, står overfor. Endringer i sentrale strukturelle kjennetegn endrer samtidig forståelsen av hvordan den enkelte skal opptre overfor helsetjenesten og hva som er legitim atferd i forhold til å ivareta egne behov og interesser.

Det er sannsynligvis grunnlag for å hevde at samfunnsutviklingen de siste 20-årene samtidig har åpnet for en større aksept for private løsninger, også for tilbudet av helsetjenester. Det er på mange måter tre etapper i denne utviklingen. På 1980-tallet fikk leger ansatt i sykehus mye kritikk for etablering av egne privat praksiser som de arbeidet ved utover ordinær arbeidstid. På 1990-tallet fikk enkelte legefelleskap som Røde Kors klinikk, Volvat, Ring medisinske og andre kritikk for å skumme pasientfløten ved å behandle og operere pasienter med enkle lidelser, men som egenhendig kunne gjøre opp kostnadene.

I dag kritiserer borgerne det helsepolitiske systemet ved anvendelse av egne private ressurser via tredjeparter (forsikringsselskap), ikke for å få utført spesifikke helsetjenester nå, men for å

reduere og dele risiko for eventuelle fremtidig behov for helsetjenester. Den offentlige helsetjenestens kjerneoppgave, som garantist for en sikker, effektiv og rettferdig fordeling av helsetjenestens tilgjengelige ressurser, ser ut til å være under grunnleggende utfordring. På tross av at myndighetene er villige til å anvende stadig større andeler av samfunnets ressurser på helsetjenestene, ser det i stadig mindre grad ut til at den enkelte, bedrift eller enkeltperson, har tillit til at dette vil komme dem til gode. Penger ser altså ikke ut til å være det ene virkemiddelet som skaper oppslutning om helseinstitusjonene. Omorganiseringer i spesialisthelsetjenesten, særlig foretaksreformen, synes heller ikke å bidra til å skape nødvendig legitimitet til helsetjenestetilbudet. Effektene av foretaksreformen har vært hevdet i stor grad å være et resultat av økte bevilgninger (Lægreid m.fl. 2006), ikke reorganiseringen per se. Etablering og utvikling av pasientrettigheter, jf bl.a. lov om pasientrettigheter, ser heller ikke ut til å påvirke eller forhindre enkeltaktører i å vurdere hva den enkelte ser seg best tjent med og overlate risikovurderingene fullt ut til fellesskaplige helseinstitusjoner.

De senere års juridiske, økonomiske og organisatoriske grep i helsetjenesten, som for øvrig sannsynligvis har viktig betydning for det offentliges utøvelse av helsetilbudet, ser ikke ut til å demme opp for etterspørselen etter helsetjenester og måten etterspørselen etter helsetjenester formuleres. Denne kritikken mot det offentlige tilbudet av helsetjenester er ikke ny. Det nye fremstår imidlertid ved at den enkelte aktør i helsemarkedet har muligheter til å velge andre løsninger for eget fremtidig helsetjenestebehov, og faktisk benytter seg av denne muligheten i stadig større omfang.

Det ser ut til å være grunnlag for å se nærmere på forholdet mellom det offentlige som tilbyder av helsetjenester og befolkningens oppslutning omkring dette tilbudet. Dette er imidlertid i randsonen av denne undersøkelsens tema. Det sentrale her er å forstå hvorfor enkeltindivider og virksomheter velger private helseforsikringer. Forståelsen av utviklingen i myndighetsstyrte strukturer er avgjørende for å forstå det grunnlag aktørene handler ut i fra.

For å komme tettere på forståelsen av veksten i omfanget av private helseforsikringer er det imidlertid også nødvendig å etablere en samtidig forståelse av situasjonen i arbeidslivet. Hvorfor fremstår private helseforsikringer stadig mer betydningsfullt for landets virksomheter?

Det har funnet sted en utvikling i arbeidslivet som henger sammen med samfunnsutviklingen for øvrig og som ser ut til å forsterke betydningen av tilleggssytelser som private helseforsikringer. Det pågår en utvikling i arbeidslivet hvor skillet mellom privatliv og arbeidsliv ser ut til å bli stadig mindre distinkt. Sennet (2006) viser hvordan det moderne samfunn belønner "det fleksible mennesket;" den som, særlig i jobbsammenheng, er tilpasningsdyktig og tilpasningsvillig. Det moderne arbeidsliv understøtter ikke langsiktighet, forpliktelse og yrkesstolthet, men fleksibilitet og overfladiskhet. Moderne virksomheter karakteriseres av avbyråkratisering og innføring av et skille mellom (økonomisk) makt og autoritet (op.cit). Det moderne arbeidsliv oppmuntrer i liten grad til lojalitet og gir færre muligheter for deltakelse. I stedet opplever mange usikkerhet og engstelse i forhold til egen verdi og egen fremtid i virksomheten. Kortsiktige gevinster og øyeblikket er blitt sentrale verdier for den moderne arbeidstaker.

Denne fragmenteringen av arbeidslivet legger til rette for at den enkelte arbeidstaker i større grad er tjent med å fokusere på egne preferanser enn å nå egne og virksomhetenes mål etter en kollektiv tilnærming til oppgaveløsningen. Det er bl.a. i dette perspektivet vi må betrakte det økte omfanget av private helseforsikringer, som en funksjon av en stadig sterkere kravmentalitet blant ansatte. Den enkelte ansattes status og posisjon i arbeidslivet, er på mange måter en konsekvens av en enkel belønningsformel hvor arbeidsgiver har vilje til å belønne arbeidstakere og atferd som virksomheten på et eller annet grunnlag ser seg tjent med. Slike arbeidstakere har mulighet til å stille arbeidsgiver overfor helt andre krav enn de fleste andre arbeidstakere.

Norske arbeidsliv har i mange år vært i en meget gunstig økonomisk situasjon med kontinuerlig vekst. Dette faller i tid sammen med den perioden som studeres i denne sammenheng. Sannsynligvis må den sterke fremveksten av private helseforsikringer de senere årene også betraktes i relasjon til stadig bedre virksomhetsøkonomi. Det godt mulig det er slik at tilbøyeligheten til å kjøpe private helseforsikringer ville vært annerledes dersom de siste 10 årene hadde vært preget av stagnasjon i virksomhetenes økonomi. Dette er det naturlig nok ikke mulig å kontrollere for. Imidlertid var det en periode rette etter tusenårsskiftet, om lag 2001-2002, hvor virksomhetenes fremtidsutsikter var betydelig mindre optimistiske enn de siste par årene og hvor forventningene til fremtidige ansettelser og inntjening ikke var spesielt høye. Dette kan derimot ikke avleses i hvordan omfanget av private helseforsikringer har utviklet seg. Det har som vist vært en sammenhengende vekstkurve.

Det er også en mulighet at virksomhetenes vilje til å bruke ressurser på private helseforsikringer, er et resultat av en økonomisk kalkyle hvor kostnadene betraktes som investeringer til fremtidig avkastning. Resonnementene og tilnærmingen Avinor AS anvendte da det ble kjøpt private helseforsikringer til alle virksomhetens ansatte, indikerer en slik mekanisme (se kap. 4).

Dette støttes også ved den posisjon sykefraværsargumentet har i forhold til private helseforsikringer. Både i forsikringsselskapenes markedsføring og i arbeidsgivernes begrunnelser fremstår det preventive og kostnadsreducerende i å bidra til å redusere sykefravær som sentrale størrelser til fordel for private helseforsikringer. Kostnader knyttet til sykefravær er betydelige og tydelige og sykefraværsargumentet representerer, for arbeidsgiver, en mulig hensiktsmessig kobling til arbeidstakernes krav om tilleggssytelser.

Det er her forsøkt å vise til noen sentrale utviklingstrekk som ser ut til å ha betydning for forståelsen av den sterke veksten i omfanget av private helsetjenester og som finner forankring i materialet til grunn for denne undersøkelsen. Samtidig er det grunn til å fremheve den kompleksitet som omgir temaet og som dokumenteres her. Forklaringer på det økte omfanget av private helseforsikringer må søkes i et sammensatt gjensidig samspill mellom ulike forhold knyttet til samfunnsutviklingen, utviklingen i arbeidslivet og den enkeltes betraktninger om seg selv i forhold til omgivelsene.

### **6.3. Begrepenes grep om virkeligheten**

Innledningsvis (avsnitt 1.4) ble det introdusert en diskusjon om hvordan handlinger og beslutninger skal forstås og fortolkes. To begreper står sentralt. Den ene refererer til en instrumentell handlingsforståelse hvor beslutninger er redskap for å forfølge spesifikke interesser og mål. Den andre uttrykker en handlingsforståelse hvor beslutningstakeren i større grad fatter beslutninger ved å definere sitt handlingsrom i relasjon til omgivelsene.

Disse ulike måtene å analysere beslutninger på ser ut til å ha samtidig relevans i forhold til å forstå fremveksten av private helseforsikringer her til lands. Det er handlingsbetraktninger som har en utfyllende status overfor materialet som ligger til grunn her.

Det er nærliggende å betrakte en beslutning om å kjøpe private helseforsikringer som en funksjon av egeninteresse og realisering av eksplisitte mål. Dette enten det er enkeltpersoner eller virksomheter som tar beslutningen. Det må være rimelig å legge til grunn at den som velger private helseforsikringer fremstår både som konsekvensorientert og interessebasert. Dette fremstår tydelig i de vurderinger respondentene i undersøkelsen anfører.

Et stort antall virksomheter karakteriserer privat helseforsikring som hensiktsmessig for å redusere kostnader til sykefravær. Enda flere virksomheter anser slike forsikringer som hensiktsmessig, for å fremstå moderne med en attraktiv profil og som betrakter private helseforsikringer som et konkurransefortrinn i kampen om ressursene på arbeidsmarkedet. Overraskende få virksomheter betrakter private helseforsikringer som unødvendig, fordi organisering av helsetjenestetilbudet er et offentlig ansvar. Undersøkelsen dokumenterer med all mulig tydelighet at virksomhetene vurderer private helseforsikringer med utgangspunkt i hva virksomheten ser seg tjent med.

Samtidig dokumenterer undersøkelsen at fenomenet må forstås på måter den instrumentelle handlingsrasjonaliteten ikke omfatter. Norge har en lang og dypt forankret helsepolitisk tradisjon hvor private helseforsikringer ikke har noen legitim plass. Når slike forsikringer likevel har kunnet introduseres og er gjort til gjenstand for betydelig vekst på kort tid, må dette være uttrykk for endringer i mer dypereleggende strukturer.

For å forstå den posisjon private helseforsikringer har fått, er det nødvendig å anvende handlingsforståelser som på en mer omfattende måte tar hensyn til endringer i forhold utenfor selve beslutningssituasjonen. Denne forståelsen etableres mye tydeligere via ”moderniseringstradisjonens” handlingsbegrep. På denne måten blir det relevant å betrakte mer allmenne utviklingstrekk i samfunnet, helsepolitikken og i arbeidslivet som forklaringer på veksten i omfanget av private helseforsikringer. Innholdet i dette er redegjort for ovenfor. Det sentrale her er at beslutningstakeren vil handle også på grunnlag av utviklingen i omgivelsene. I dette perspektivet må utviklingen i omfanget av private helseforsikringer betraktes i sammenheng med at samfunnsutviklingen samlet sett skaper nye definisjoner av legitime handlingsrom. Beslutningstakeren justerer egen atferd i forhold til utviklingen i omgivelsene og beslutningene som ligger bak det økende omfanget av private helseforsikringer må forstås som en refleks av endringer i eksterne premisser. På denne måten

kan omfanget av private helseforsikringer anses som et element i moderniseringen av det norske samfunn de to, tre siste decennier.

De handlingsbegrepene som her er anvendt demonstrerer begge relevans for å forstå de senere års utvikling av private helseforsikringer. Det er sannsynligvis med en slik komplementær tilnærming paradokset formulert i innledningskapittelet skal forstås. Samtidig som den offentlige produksjonen av helsetjenester aldri har vært mer omfattende, er befolkningens vilje til å tegne private helseforsikringer sterkt økende. Dette kan være et uttrykk for enkeltaktører som ivaretar egne interesser, samtidig som samfunnsutviklingen generelt har etablert private helseforsikringer som opsjon for problemløsning, for eksempel knyttet til forholdet mellom arbeidstakere og arbeidsgivere, som tidligere ikke eksisterte.

#### **6.4. Epilog**

Denne undersøkelsen avdekker enkelte interessante trekk ved veksten i omfanget av et nytt fenomen i organiseringen av helsetilbudet i Norge og representerer således et første spadestik på feltet. Det gjenstår likevel mange problemstillinger som bør vies ytterligere oppmerksomhet. Det vil bl.a. være av interesse å undersøke hvilke effekter endringer i ventetider og variasjoner i kostnadsansvaret i sykelønnsordningen har for tilbøyeligheten til å tegne private helseforsikringer. Det er likevel kanskje ett tema som fremstår særlig interessant.

Mye tyder på at den offentlige helsetjenesten underlegges stadig sterkere endringspress, organisatorisk, finansielt og juridisk. En tolkning av denne situasjonen er at den private finansieringsandelen vil måtte øke i fremtiden for å opprettholde et helsetjenestetilbud som sikrer lik tilgang, rettferdig fordeling og som samtidig kan holde følge med den medisinske og medisinsk-teknologiske utviklingen. Det interessante i denne sammenheng er hvordan den private finansieringsandelen vil organiseres i fremtiden.

Den tradisjonelle og åpenbare måten å gå frem på er via skattesystemet. Staten anvender samtidig så store deler av samfunnets ressurser til helsetjenester, at dette sannsynligvis er en fremgangsmåte som har begrenset legitimitet. Det finnes andre fremgangsmåter som belaster private mer direkte, for eksempel finansiering via økte og mer omfattende egenbetalingsordninger (egenandeler). Videre er det også en mulighet at private



helsetilbydere; klinikker, forsikringsselskap, og andre får spille en større, og mer supplerende, rolle i forhold til å sikre befolkningen helsetjenester.

Det er nødvendig å følge med og studere den politiske diskusjon omkring utformingen av det private rom i organisering og utøvelse av helsetjenester generelt og private helseforsikringer spesielt.

## Appendiks. Spørreskjema

### DEL A: Bakgrunnsdata – besvares av alle virksomheter

Vi ber om bakgrunnsdata om virksomhetene som deltar i undersøkelsen. Dersom virksomheten ikke har ansatte i enkelte av kategoriene, markeres dette med 0 (null).

1 Hvor mange ansatte hadde virksomheten per 31. desember 2004?	
2 Hvor mange av de ansatt var 55 år eller eldre per 31. desember 2004?	
3 Hvor mange av virksomhetens ansatte var under 30 år per 31. desember 2004?	
4 Hvor mange av virksomhetens ansatte var kvinner per 31. desember 2004?	
5 Hvor mange av virksomhetens ansatte hadde formell utdanning på universitets- eller høyskolenivå per 31. desember 2004?	
6 Hva var virksomhetens omsetning i 2003?	Oppgi tall i 1000 kroner
7 Hva var virksomhetens resultat før skatt i 2003?	Oppgi tall i 1000 kroner

### DEL B: Privat helseforsikring – besvares av alle virksomheter

Det finnes ulike typer privat helseforsikring med ulik forsikringsdekning og ulik benevnelse av forsikringsproduktet. I denne sammenheng betraktes **privat helseforsikring som en avtale med et privat forsikringsselskap om at ansatte i virksomheten vil få tilgang til helsetjenester ved sykdom, herunder redusert ventetid til utredning og/eller operasjon/behandling**. Andre forsikringer virksomheten har (ulykkesforsikringer, livs-/gruppelivsforsikringer eller tilsvarende) faller utenom vår definisjon av privat helseforsikring.

8 Har virksomheten en privat helseforsikringsavtale som dekker enkelte eller alle ansatte?	Ja	Nei
9 Dersom virksomheten ikke har privat helseforsikring, har virksomheten mottatt tilbud om privat helseforsikring?	Ja	Nei
10 Dersom virksomheten ikke har privat helseforsikring, har virksomheten vurdert å kjøpe privat helseforsikring?	Ja	Nei

Dersom virksomheten **ikke** har privat helseforsikring, **gå direkte til Del E.**

### DEL C: Forsikringsforholdet – besvares av virksomheter med forsikring

For de virksomhetene som **har** privat helseforsikring, er det viktig for oss å få beskrivelser av enkelte sentrale sider ved forsikringsforholdet:

11 Når inngikk virksomheten avtale om helseforsikring første gang?	År
--	----

<b>12 I hvilket selskap er virksomheten forsikret? (Sett kryss foran aktuelt selskap)</b>				
	Storebrand Helseforsikring AS		Andre norske selskaper	Hvilke
	Vertikal Helseassistanse AS		Internasjonalt selskap	Hvilke
	Skandia Lifeline AS			
<b>13 Hva er navnet på virksomhetens helseforsikringsprodukt?</b>				
<b>14 I hvilken grad dekker helseforsikringen virksomhetens ansatte? (Sett ett kryss)</b>				
	Kollektiv forsikring (dekker samtlige ansatte)			
	Ikke-kollektiv forsikring (dekker utvalgte ansatte)			
<b>15 Hvis virksomheten har en ikke-kollektiv forsikring, hvilke av virksomhetens ansatte gjelder forsikringen for? (Sett flere kryss dersom det er aktuelt)</b>				
	Virksomhetskritisk arbeidskraft (nøkkelpersonell)			
	Ledere			
	Eiere			
	Ansatte som har fått privat helseforsikring som del av ansettelsesvilkår			
	Spesielt skade-/sykdomsutsatte grupper av ansatte			
	Andre ansatte/grupper	Hvilke ansatte/grupper		

*DEL D: Erfaringer med bruk av privat helseforsikring – besvares av virksomheter med forsikring*

For virksomhetene som har privat helseforsikring, er det viktig for oss å få et inntrykk av erfaringene med bruk av privat helseforsikring:

<b>16 Har virksomheten/virksomhetens ansatte brukt forsikringen?</b>	Ja	Nei			
<b>17 Hvor mange av virksomhetens ansatte har benyttet forsikringen de to siste årene? Dersom ingen har benyttet den, skriv 0 (null).</b>	2003	2004			
<b>18 Dersom helseforsikringen er benyttet, ber vi om en vurdering av visse forhold (Sett ett kryss per linje)</b>					
a) Har dere inntrykk av at medisinsk utredning er tilbudt senere eller raskere enn hva tilfellet ville vært uten forsikring?	Vesentlig senere	Noe senere	Ingen forskjell	Noe raskere	Vesentlig raskere

b) Har dere inntrykk av at medisinsk ubehandling er tilbudt senere eller raskere enn hva tilfellet ville vært uten forsikring?	Vesentlig senere	Noe senere	Ingen forskjell	Noe raskere	Vesentlig raskere
c) Har dere inntrykk av at kvaliteten i det medisinske tilbudet har vært dårligere eller bedre enn hva tilfellet ville vært uten forsikring?	Vesentlig dårligere	Noe dårligere	Ingen forskjell	Noe bedre	Vesentlig bedre
d) Totalt sett, hvor misfornøyd eller fornøyd er virksomheten med det medisinske tilbudet som er gitt gjennom forsikringsavtalen?	Meget misfornøyd	Misfornøyd	Verken/eller	Fornøyd	Meget fornøyd

**DEL E: Utviklingen i det offentlige helsevesenet – besvares av alle virksomheter**

Nedenfor presenteres seks påstander om helsevesenet. Vi ber dere ta stilling til den enkelte påstanden ved å markere hvorvidt den oppfattes som riktig eller uriktig. Sett ett kryss per linje.

<b>19</b> Etter den nye pasientrettighetsloven kan alle innbyggere i Norge kreve medisinsk vurdering og operasjon/behandling på sykehus innen en uke etter at fastlegen har anbefalt dette	Riktig	Galt
<b>20</b> Ingen pasienter, uansett type sykdom, venter i mer enn to måneder på den helsetjenesten de skal ha	Riktig	Galt
<b>21</b> De siste fem årene er ventetid til medisinsk vurdering og behandling redusert vesentlig	Riktig	Galt
<b>22</b> Med innføring av ordningen fritt sykehus valg kan den enkelte fritt velge behandlingssted hvor som helst i landet	Riktig	Galt
<b>23</b> Trygdeetaten administrerer en ordning hvor alle arbeidstakere som er sykmeldt med en enklere fysisk lidelse, kan få tilbud om behandling uten å måtte stå i sykehuskø. Alle utgifter dekkes av trygdeetaten	Riktig	Galt
<b>24</b> Det norske statsbudsjettet for 2005 utgjør vel 650 milliarder kroner. Av dette beløpet bruker staten om lag 100 milliarder kroner til å finansiere utgiftene til ulike helsetjenester.	Riktig	Galt

**DEL F: Sentrale begrunnelser i vurderingen av privat helseforsikring – besvares av alle virksomheter**

<b>25</b> Har virksomheten etter deres mening tapt vesentlige inntekter eller hatt vesentlige utgifter som følge av at ansatte har vært sykmeldt og ventet på utredning og behandling ved offentlige sykehus?	Ja	Nei
<b>26</b> Har ansatte i virksomheten ytret ønsker om at virksomheten skal kjøpe private helseforsikringer for ansatte?	Ja	Nei

**27** Nedenfor ber vi om en vurdering av noen forhold ved private helseforsikring. Vi ber dere ta stilling til påstandene langs en skala fra -2 til +2. Verdien **-2 betyr helt uenig** og verdien **+2 betyr helt enig** (Sett ett kryss per linje)

Privat helseforsikring .....

a) ... reduserer virksomhetens kostnader knyttet til sykdom, fravær og vikarer	-2	-1	0	+1	+2
b) ... bidrar til at virksomheten fremstår som moderne og ansvarlig med en attraktiv profil	-2	-1	0	+1	+2
c) ... bidrar til at virksomheten kan konkurrere om, rekruttere og holde på den mest attraktive arbeidskraften	-2	-1	0	+1	+2
d) ... bidrar til at virksomheten unngår unødig sykefravær blant ansatte som er nøkkelressurser	-2	-1	0	+1	+2
e) ... er unødvendig fordi helsetjenester er et offentlig ansvar	-2	-1	0	+1	+2
f) ... er ikke aktuelt fordi virksomheten ikke har nødvendig kunnskap om slike forsikringsordninger	-2	-1	0	+1	+2

## Litteratur

Arbeids- og administrasjonsdepartementet (2001): *Skritt på veien*. Program for fornyelse av offentlig sektor.

Beck, Ulrich (1992): *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage

Berg, Ole (2006): *Fra politikk til økonomikk: den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Den norske lægeforening

Budsjett-Innst. S nr 13 (2001-2002). Innstilling frå samferdselskomiteen om løyvingar på statsbudsjettet for 2002 vedkomande rammeområde 18, Fiskeridepartementet og Samferdselsdepartementet

Busch, Johnsen og Vanebo (2003): *Endringsledelse i det offentlige*. Oslo

Christensen, Tom og Per Lægreid (1997): *Forvaltningspolitikk – Mot New Public management?* I Christensen, Tom og Morten Egeberg (red), *Forvaltningskunnskap*, 367-404. Oslo: Tano Aschehoug

Dokument 8: 90 (2001-2002) Om skattelette for behandling etter privat helseforsikring for å redusere sykefravær og sykelønnsutbetalinger

Eriksen, Erik O og Jarle Weigård (1992): *Fra statsborger til kunde: Kan relasjonen mellom innbyggerne og det offentlige reformuleres på grunnlag av nye roller?* LOS-senter notat 92/48. Bergen

Giddens, Anthony (1984): *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity press

Giddens, Anthony (1990): *The consequences of modernity*. Cambridge: Polity press

Giddens, Anthony (1991): *Modernity and self-identity in the late modern age*. California: Stanford university press

Glaser, W.A (1991): *Health insurance in practice. International variation in financing, benefits and problems*. San Francisco, Oxford: Jossey-Bass Publishers

Graver, Hans Petter (2002): *Forvaltningsrett i markedsstaten – studier i europeisering av forvaltningsretten*. Bergen: Fagbokforlaget

Hagen, Terje P (red.) (1994): *Stykkprisfinansiering av sykehus tjenester*. NIBR-notat nr. 111. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning

Hagen, Terje P og (1999): *Trygdepenger under kniven*. NIBR-rapport nr. 16:1999. Norsk institutt for by- og regionforskning

Helsedepartementet (2002): Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. Forskrift 2000-04-14 nr. 328.

Innst. S. nr. 27 (1996-97). Sosialkomiteen: Ventelistegarantien – kriterier og finansiering

Innst. S. nr 226 (1998-99) Innstilling fra Samferdselskomiteen om tilsyn og myndighet i luftfarten og om tilknytningsform for Luftfartsverket.

Jørgenvåg, Ronny (2005): *SAMDATA Somatikk 2004. Sammenlikningsdata for den somatiske spesialisthelsetjeneste 2004*. SINTEF Helse rapport 1/05

Kristiansen, Sønbo Ivar, Knut Stavem, Kristin Linnestad og Kjeld Møller Pedersen (2003): *Evaluering av medisinske metoder – kan vi stole på kostnad-effekt-analyser?* Tidsskrift for Den norske legeforening Nr. 5, 6 mars 2003

Lian, Olaug (2003): *Når helse blir en vare*. Kristiansand S: Høyskoleforlaget AS

Lægreid, Per, Ståle Opedal og Ingrid Stigen (2006): *Den norske sykehusreformen: mer sentral politisk styring enn fristilling*. Særtrykk nr 6 Institutt for administrasjons- og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen

March, James G og Olsen, Johan P (1993): *Rediscovering institutions. The organizational basis of politics*. New York: Free Press

NOU (1987:23): *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Universitetsforlaget

NOU (1987:25): *Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering*. Oslo: UNiversitetsforlaget

NOU (1997:2): *Pasienten først. Ledelse og organisering i sykehus*. (Anderslandsutvalget) Oslo: Statens forvaltningstjeneste

NOU (1997:18): *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste

NOU (1998:25): *Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering*. Oslo: Universitetsforlaget

NOU (1999:15): *Hvor nært skal det være?* Oslo: Statens forvaltningstjeneste

NOU (2003:1): *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste

OECD health working papers 15 (2004): *Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems*

OECD policy brief, september 2004: *Private health insurance in OECD countries*

Olsen, Johan P (1990): *Fornyelsesprogrammer og demokratiutvikling*. LOS-senter notat 90/19. Bergen

Ot. prp. nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov av 19 november 1982 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)

Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.

Ot. prp. nr. 14 (2002-2003) Om lov om omdanning av Luftfartsverket til aksjeselskap

Røvik, Kjell Arne (1998): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved årtusenskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget

Seim, Bjørg Leinum (2001): *Serviceerklæringer – verktøy eller symbol for problemløsning i statlig forvaltning?* Nr. 1/2001 Hovedfagsserien Avdeling for forvaltningsinformatikk, UiO

Sem-erklæringen. Bondevik II – regjeringens politiske samhandlingsgrunnlag. (Okt.) 2001-2005

Sennett, Richard (2002): *The fall of public man*. London: Penguin

Sennet, Richard (2006): *The culture of the new capitalism*. New Haven: Yale university press

SINTEF Helse rapport nr. STF78 A00508: *Økonomiske konsekvenser av sykefravær*

Skaset, Maren (1998): *Private helseforsikringer; Hvilken betydning for dagens og morgendagens norske helsevesen?* Rapport Helseøkonomisk forskningsprogram. Oslo

Skog, Ole-Jørgen (2003): *Å forklare sosiale fenomener*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS

Slagstad, Rune (1998): *De nasjonale strateger*. Oslo

Sosialdepartementet (1990): *Ledelse i sykehus*. Rapport fra arbeidsgruppe (Anderslandutvalget)

Sosial- og helsedepartementet (4/1998): Sosial- og helsedepartementets nyhetsark om innsatsstyrt finansiering og DRG-systemet.

Stortingsmelding nr. 24 (1995-96): Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering.

Stortingsmelding nr. 5 (2003-04): Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten

St. prp. nr. 66 (1998-99) Om tilsyn og myndighet i luftfarten og om tilknytningsform for Luftfartsverket.

St. prp. nr. 60 (2001-2002) om ein del saker på Samferdsledepartementets område

St. prp. nr. 1 Tillegg nr. 2 (2002-2003) Endringer i forslag til statsbudsjett 2003

St..prp. nr. 1 (2003-2004) Helsedepartementet (Budsjettproposisjonen 2004)

St. prp. nr. 1 (2004-2005) Helse- og omsorgsdepartementet (Budsjettproposisjonen 2005)



St. prp. nr. 1 (2004-2005) Arbeids- og sosialdepartementet (Budsjettproposisjonen 2005)

St. prp. nr 65 (2004-2005) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet (Revidert nasjonalbudsjett 2005)

Sæther, E M og Olsen, I T (1997): *96prosent public? The private/public mix in the Norwegian health sector*. DiS rapport 1997:1 Oslo: Diakonhjemmets internasjonale Senter.

Tufte, Per Arne (2000) *En intuitiv innføring i logistisk regresjon*. Arbeidsnotat nr. 8. Lysaker: Statens institutt for forbruksforskning

Weber, Max (1982): *Makt og byråkrati. Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo: Gyldendal norsk forlag